RECUEIL DE CAS

CONCERNANT L'UTILISATION DE DONNÉES PROBANTES SUR LES INTERVENTIONS EN PROMOTION DE LA SANTÉ ET EN PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

– Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Casebook on Use of Intervention Evidence in Health Promotion and Chronic Disease Prevention Protecting Canadians from Illness

Pour obtenir plus d'informaj18tion, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Téléc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2015

Date de publication : mars 2015

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. N° : HP35-54/2015F-PDF
ISSN : 978-0-660-23324-6
Pub. : 140480

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 2

AVANT-PROPOS 3

INTRODUCTION 4

COMMENT UTILISER CE RECUEIL DE CAS 8

1. INTERVENTIONS EFFICACES DESTINÉES À PRÉVENIR LA CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE : EXAMEN RAPIDE DE LA DOCUMENTATION 9
2. PRATIQUES EN SANTÉ PUBLIQUE À L'ÉCHELLE LOCALE VISANT À RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES EN SANTÉ 15
3. PROGRAMME EN MILIEU RURAL « HEALTH*e*STEPS: EXERCISE RX » 22
4. SENSIBILISATION AU DÉPISTAGE DU CANCER À L'Î.-P.-É. 28
5. COOK IT UP! PROGRAMME DE CUISINE COMMUNAUTAIRE À L'INTENTION DES JEUNES À RISQUE 34

MOT DE LA FIN 41

GLOSSAIRE 42

DÉFINITIONS DES CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉSENTÉS DANS CE RECUEIL 44

REMERCIEMENTS

La planification et la préparation de ce recueil de cas se sont fondées sur les expériences transmises par un Groupe de référence de projet (GRP) intégré par des représentants des bureaux régionaux et d'Ottawa de l'Agence de la santé publique du Canada; du Portefeuille de l'application des connaissances et de la sensibilisation du public de l'Institut de la santé publique et des populations, qui relève des Instituts de recherche en santé du Canada; et du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. Le soutien et les avis d'expert apportés par le GRP ont été vivement appréciés.

Le Groupe de référence de projet était intégré par les membres suivants :

- Fowsia Abdulkadir – Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada;
- Emma Cohen – Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé publique et des populations;
- Pamela Forsyth – Centre de collaboration nationale des méthodes et outils;
- Judith Lapierre – Centre pour la promotion de la santé, Agence de la santé publique du Canada;
- Kerry Robinson – Centre de prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada;
- Jacqueline Tetroe - Application des connaissances, Instituts de recherche en santé du Canada;
- Munira Lalji – bureau régional de l'Alberta, Agence de la santé publique du Canada.

Lillian Bayne and Associates :

- Lillian Bayne
- Lisa Nguyen
- AJ Hirsch Allen

AVANT-PROPOS

La pratique « fondée sur des données probantes » en promotion de la santé et en prévention des maladies chroniques est plus facile à dire qu'à faire. Nous savons pourquoi elle est importante alors que nous nous employons à utiliser des ressources limitées en santé publique pour appliquer les pratiques qui ont fait leurs preuves, et à ne pas répéter celles qui ne sont *pas* efficaces. Les défis, par contre, peuvent sembler insurmontables. La base de données probantes sur ce qui fonctionne, pourquoi et comment est limitée et, dans de nombreux cas, difficile à trouver, car elle se situe dans une vaste gamme de travaux de recherche différents. La qualité des données probantes peut faire défaut et, comme le souligne l'un des auteurs du présent recueil, il arrive que les données ne soient pas absolues, mais plutôt suggestives, spéculatives et empiriques, et qu'elles n'aient pas été soumises à des essais cliniques aléatoires ou à d'autres mécanismes d'évaluation solides. Les ressources pour mener des projets sérieux à des fins d'évaluation et de recherche interventionnelle sont souvent limitées. Dans le contexte de la santé publique, où des programmes et des politiques sont exécutés dans le monde réel en évolution, il existe d'innombrables facteurs qui peuvent influer sur la mise en œuvre et les résultats d'un programme ou d'une politique, et les changements individuels ou environnementaux se font souvent sur une longue période. Une pratique qui a fonctionné dans un certain contexte peut ne pas fonctionner dans un autre en raison de facteurs contextuels uniques.

Malgré ces défis, il est plus que jamais convenu qu'il est essentiel d'utiliser des données probantes pour améliorer les politiques, la pratique et les programmes en promotion de la santé et en prévention des maladies chroniques. La complexité quant à l'acquisition et à l'application de données sur les interventions dans ce domaine en évolution nous oblige à prêter attention aux leçons tirées des expériences des organisations qui ont « fait le saut ».

Le présent recueil raconte comment diverses organisations de santé publique relèvent le défi. Les cas étudiés portent sur des organisations de petite et de grande taille ainsi que sur divers contextes géographiques et types organisationnels. Le recueil décrit à la fois les succès et les défis dans la planification et la mise en œuvre des initiatives fondées sur des données probantes. Ce qui est remarquable, c'est la façon dont ces organisations ont toutes mis à profit de multiples formes de données probantes, prêté attention à l'importance de faire participer la communauté et d'autres partenaires, et travaillé résolument à trouver des moyens d'apprendre de façon créative et continue.

Nous espérons que ces exemples de cas et d'expériences susciteront idées nouvelles et inspiration, de même qu'un intérêt ravivé pour trouver des façons d'utiliser des données probantes dans les divers contextes où nous travaillons. Nous nous réjouissons à la perspective de continuer la discussion sur la pratique fondée sur des données probantes et sur l'évolution de celle-ci au Canada.

Kerry Robinson
Directrice par intérim, Division des interventions et des pratiques exemplaires
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques,
Agence de la santé publique du Canada

INTRODUCTION

Pour se révéler efficaces, les politiques, les programmes, les pratiques et les technologies de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques ciblant spécifiquement ces dernières doivent suivre l'évolution, d'une part, des besoins de la population et, d'autre part, des données probantes nouvelles ou établies. Ainsi, il se révèle nécessaire de compter sur un processus non linéaire et itératif pour l'évaluation constante des interventions, et ce, tout en recherchant, en soupesant et en examinant les données probantes publiées ou issues de la littérature grise qui proviennent d'intervention ou sont fondées sur des approches efficaces dans le but de garantir leur adoption, leur efficacité et leur pertinence. Le présent recueil présente certains succès d'expérience Canadienne qu'ont eus les promoteurs dans l'utilisation des données pour la planification, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions relatives à la promotion de la santé et à la prévention des maladies chroniques.

Les cas présentés traduisent et illustrent l'utilisation de « données probantes sur les interventions » – qu'il s'agisse de données, de travaux de recherche, d'évaluations ou d'éléments de preuve d'expertise – de plusieurs manières différentes :

- pour cerner ou définir un besoin;
- pour cerner une intervention potentielle et une stratégie d'intervention (ce qu'il faut faire et comment il faut le faire);
- pour évaluer le rendement ou le succès de l'intervention.

Les objectifs du présent recueil de cas sont les suivants :

- mieux faire comprendre la **valeur de l'acquisition et de la mise en œuvre des données probantes**;
- mettre en relief **diverses stratégies et approches d'acquisition et de mise en œuvre des données probantes** dans la pratique, les programmes et la prise de décisions stratégiques dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques;
- démontrer les **répercussions de l'utilisation des données probantes** sur les changements de politiques, de programmes et de pratiques de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques;
- cerner les **leçons retenues** des expériences relatées dans le recueil;
- **faciliter la transmission continue des connaissances** en reliant les participants au travail des autres et en les mettant en contact les uns avec les autres.

Une utilisation exhaustive des données probantes implique leur mise en pratique tout au long du cycle de vie d'une intervention, depuis la planification jusqu'à la mise en œuvre, en passant par l'évaluation et le perfectionnement, ou encore l'amélioration continue. Le schéma ci-dessous représente la nature cyclique de l'utilisation des données probantes et souligne la pluralité des usages possibles de ces dernières.

Si l'on considère le cycle de vie d'une intervention, les données probantes peuvent être utilisées tout au début afin d'étayer la nécessité de celle-ci, de cerner un problème ou de démontrer l'existence d'une lacune dans la pratique actuelle. Différents types de données probantes peuvent être utilisées à cette étape, y compris des pratiques exemplaires, des évaluations de programmes et des données de surveillance et de contrôle.

Elles peuvent ensuite servir à soutenir le choix d'une politique, d'un programme, d'une pratique ou d'une technologie d'intervention. Encore une fois, une variété de sources et de types de données probantes peuvent être employés. Le cas no 1 (Interventions efficaces destinées à prévenir la consommation d'alcool pendant la grossesse : examen rapide de la documentation) montre comment une revue de la littérature a amené le Centre de santé publique de Peel à modifier son intervention en la matière. En outre, un examen des données probantes a été réalisé pour éclairer l'élaboration d'une nouvelle méthode d'intervention. Par ailleurs, le cas no 5 (le programme de cuisine communautaire à l'intention des jeunes à risque *Cook It Up!*) met en lumière la nécessité de produire des connaissances en l'absence de données probantes pertinentes.

Enfin, les données probantes peuvent servir à évaluer la politique, le programme, la pratique ou la technologie d'intervention choisie. En effet, les organisations peuvent recourir aux données émanant de l'évaluation d'un programme, de groupes de discussion et d'activités de surveillance et de contrôle dans le but d'évaluer le succès d'une intervention. Par la suite, les données probantes recueillies peuvent être utilisées pour déterminer les améliorations qu'il est nécessaire d'apporter à l'intervention telle qu'elle a été conçue ou mise en œuvre, pour cerner le besoin de mener une nouvelle intervention, ou encore pour relever tout autre problème affectant la pratique ou le programme visé.

Les cas présentés dans le présent document illustrent l'utilisation de données probantes dans le cadre de chacune des trois étapes de la boucle de rétroaction. Il est possible qu'une organisation n'ait pas achevé le processus d'évaluation selon l'étape du projet à laquelle elle est rendue. Cependant, elle a pris un engagement à cet égard, ou des préparatifs ont été réalisés ou des infrastructures ont été créées pour mener ultérieurement une telle évaluation.

CAS N° 1 : Interventions efficaces destinées à prévenir la consommation d'alcool pendant la grossesse : examen rapide de la documentation

Étant donné qu'il n'existe aucun niveau de consommation d'alcool sécuritaire *connu* durant la grossesse, le Centre de santé publique de Peel encourage les femmes enceintes à s'abstenir de boire de l'alcool durant la gestation. Plus particulièrement, la division de la santé familiale du Centre de santé publique de Peel fait la promotion depuis plusieurs années de l'abstinence d'alcool avant et durant la grossesse par un ensemble de stratégies de promotion de la santé, y compris des campagnes de marketing social et d'éducation en santé auprès des clientes enceintes et de leur famille. La capacité de ces stratégies à modifier les comportements n'a pas été évaluée par le Centre de santé publique de Peel et leur efficacité demeurait largement inconnue.

Un examen rapide a été commandé dans le but d'obtenir des données probantes issues de la recherche sur des stratégies de santé publique efficaces pour prévenir ou réduire la consommation d'alcool chez les femmes enceintes ou prévoyant l'être, et pour favoriser la prise de décisions appropriées concernant les programmes et les politiques.

CAS N° 2 : Pratiques en santé publique à l'échelle locale visant à réduire les inégalités sociales en santé

La santé publique fait appel à une approche axée sur la santé de la population dans le but d'améliorer cette dernière dans son ensemble et de réduire les inégalités en matière de santé entre les différents groupes qui la composent. Les inégalités en matière de santé (aussi connues comme les « inégalités sociales en santé ») se réfèrent aux différences d'origine sociale entre les états de santé qui sont systématiques, inéquitables et injustes. De nombreuses mesures devraient être prises à l'échelle nationale et provinciale pour s'attaquer à ces inégalités. En revanche, les mesures pouvant être adoptées à l'échelle locale ne sont pas aussi évidentes et les données probantes à ce sujet n'étaient pas facilement accessibles.

L'équipe du Service de santé publique de Sudbury et du district désirait contribuer à la base de connaissances concernant les mesures locales en santé publique visant à s'attaquer aux inégalités sociales en cernant des pratiques qui se révéleraient pertinentes dans le cadre de la pratique de première ligne en santé publique. Ils ont relevé dix pratiques « prometteuses » en ce qu'elles avaient la capacité de « niveler par le haut » et de réduire les inégalités en santé.

CAS N° 3 : Programme en milieu rural « HealtheSteps: Exercise Rx »

Les preuves scientifiques disponibles montrent que le Canada connaît une épidémie croissante de maladies chroniques. Les données probantes mettent également en lumière que l'exercice favorisant la santé physique et mentale constitue l'intervention la plus efficace. Pourtant, de nouvelles données émanant de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECES) indiquent que seuls 15 % des adultes canadiens atteignent le niveau recommandé de 150 minutes d'activité physique modérée à intense par semaine. Qui plus est, il existe des différences alarmantes quant à la distribution géographique des maladies chroniques. En

effet, les résidents des régions rurales présentent un risque plus élevé d'en développer une, y compris le diabète de type 2, ce qui constitue un facteur aggravant les résultats.

Le programme HealtheSteps a été mis sur pied en réponse à ce constat. Celui-ci s'appuie sur un portail Web à libre accès (HealtheSteps.ca) par lequel les clients et les fournisseurs peuvent interagir en temps réel avec un entraîneur et obtenir des recommandations d'exercices. Ce programme est novateur en ce qu'il permet de tirer parti d'une façon pratique des recherches menées en laboratoires dans le milieu communautaire, notamment au sein des équipes Santé familiale (ÉSF) et des centres de santé communautaires. Il ne se limite pas à l'éducation traditionnelle et aux principes de l'autonomie en matière de santé. Il fournit à chaque utilisateur une prescription personnalisée en ce qui concerne les habitudes de vie (en fonction des résultats au Step Test[MC]). Il est également durable à long terme afin de permettre l'engagement des participants au-delà de la période habituelle variant de six à douze semaines des programmes d'exercice. Cette structure favorise la modification des habitudes de vie à long terme dans les domaines interreliés des stratégies en matière d'exercice, de nutrition et de santé mentale.

CAS N° 4 : Sensibilisation au dépistage du cancer à l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.)

En 2006, l'Î.-P.-É. arrivait au cinquième rang au chapitre de l'âge médian le plus élevé (40,8 ans) parmi toutes les régions du Canada, se classant juste en dessous des trois autres provinces de l'Atlantique et du Québec. Le nombre croissant de résidents vieillissants et leur faible participation aux programmes de dépistage étaient fortement corrélés avec l'augmentation du taux d'incidence du cancer du col utérin chez les résidentes de l'Î.-P.-É., de même que des taux de mortalité attribuable au cancer colorectal, du col utérin et du sein globalement plus élevés. En 2009, il était estimé que cent femmes recevraient un diagnostic de cancer et que, de ce nombre, trente mourraient des suites de la maladie. En plus de présenter de haut taux de cancer du sein, l'Î.-P.-É. se caractérisait également par des taux de cancer du col utérin particulièrement élevés par comparaison à la moyenne nationale, et ce, malgré que le test Pap est accessible depuis les années 1960. Les statistiques de la Société canadienne du cancer (SCC) montrent par ailleurs que le cancer colorectal est la troisième forme de cancer la plus courante chez les hommes et les femmes au Canada, alors qu'il représente la deuxième cause de décès à l'Î.-P.-É., hommes et femmes confondus.

Étant donné l'incidence croissante du cancer à l'Î.-P.-É., la Division de la SCC de cette province a lancé une campagne visant à rehausser la sensibilisation à l'égard des programmes de dépistage au sein de la population cible. Celle-ci misait sur l'engagement des communautés et des professionnels de la santé, ainsi qu'une campagne de sensibilisation du grand public. La stratégie d'éducation du grand public avait pour but d'augmenter la sensibilisation au dépistage, les connaissances en la matière et le recours à celui-ci.

CAS N° 5 : Cook It Up! Programme de cuisine communautaire à l'intention des jeunes à risque

Le programme *Cook It Up!* est un projet commun du Bureau de santé de Middlesex-London et du London Community Resource Centre mené en collaboration avec des chefs et des agriculteurs locaux, ainsi que d'autres partenaires communautaires. Il s'agit d'un programme de promotion de la santé par la formation et l'acquisition de compétences destiné aux groupes de jeunes à risque (âgés de 13 à 18 ans), qui porte sur la nutrition, la sécurité alimentaire

et les compétences en cuisine et en préparation des aliments, et qui prévoit des visites à diverses exploitations agricoles locales. Ce groupe d'âge cible est traditionnellement négligé par les programmes axés sur les compétences offerts en milieu communautaire. Les jeunes entreprenant la transition depuis un foyer, un foyer de groupe ou une famille d'accueil vers la vie autonome ont besoin d'acquérir des compétences relatives à l'achat, à la préparation et à la cuisson des aliments. Étant donné le manque de données probantes sur le développement des compétences relatives à l'alimentation chez les jeunes, particulièrement chez les jeunes à risque, l'équipe de projet a estimé important de contribuer à cette base de connaissances limitée au moyen de cette évaluation formative.

COMMENT UTILISER CE RECUEIL DE CAS

Les cas présentés dans ce document fournissent un éventail d'exemples de mise en œuvre de données probantes qui se distinguent par le **milieu d'intervention** (rural, urbain, etc.); par **l'échelle d'intervention** (locale, régionale, provinciale, etc.); par la **taille de l'organisation responsable de diriger l'intervention** (petite, moyenne, régionale, multisectorielle, etc.); et par le **responsable de la gouverne de l'initiative** (gouvernement, organisation non gouvernementale, etc.).

Les icônes figurant dans la légende ci-dessous, puis au début de chaque cas sont conçues pour orienter le lecteur dans la présentation de celui-ci. Une section contenant des ressources et des outils, de même qu'un glossaire des termes fréquemment utilisés sont fournis à la fin du recueil.

CADRE GÉOGRAPHIQUE

- RURAL — Milieu rural/éloigné
- MIXTE — Milieu mixte urbain/rural
- URBAIN — Milieu urbain

RESPONSABLE DE L'INITIATIVE

- GOUV — Gouvernement
- AS — Autorité sanitaire
- ONG — Organisation non gouvernementale
- AUTRE — Autre

TAILLE DE L'ORGANISATION

- > 500 — Grande organisation (> 500 employés)
- < 100 — Petite organisation (< 100 employés)
- < 500 — Moyenne organisation (< 500 employés)

ÉCHELLE DE L'INITIATIVE

- LCL — Locale
- NAT — Pancanadienne/nationale
- RÉGIONAL — Régionale
- A — Autre
- PROV — Provinciale

1. INTERVENTIONS EFFICACES DESTINÉES À PRÉVENIR LA CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE : EXAMEN RAPIDE DE LA DOCUMENTATION[1]

Marilyn Kusi-Achampong, BSc., M.H.P., (Centre de santé publique de Peel); Elaine Gayle-Thompson, IA, M.Sc.I, (Peel Public Health); Rita Caprara, B.Sc.Inf., (Centre de santé publique de Peel); Lori Greco, B.Sc.Inf., (Health Evidence, McMaster University) Megan Ward, MD B.Sc.Inf., CCMF, FRCPC (Centre de santé publique de Peel); Donna Ciliska, IA, Ph. D (Université McMaster).

Caractéristiques du cas

MIXTE | AUTRE | > 500 | RÉGIONAL

1.1 Introduction et vue d'ensemble de la question

L'alcool est un agent tératogène bien connu. La consommation d'alcool pendant la grossesse augmente le risque que le bébé présente une anomalie congénitale et des troubles du développement. Elle est reconnue comme la cause de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), une expression générale utilisée pour décrire la panoplie d'affections résultant de l'exposition prénatale à l'alcool. À l'heure actuelle, on ne sait pas quelle quantité d'alcool peut être consommée durant la grossesse sans entraîner de risque, le cas échéant, et il n'existe aucun consensus quant au seuil sous lequel l'alcool ne s'avère pas tératogène.

Le Centre de santé publique de Peel travaille en partenariat avec « Success-by-6 Peel », en plus d'être représenté au sein du Peel FASD Steering Committee, dont font aussi partie des représentants de la communauté médicale, deux grands conseils scolaires, des fournisseurs de services communautaires et des cliniciens. Tous ces intervenants étaient préoccupés par le fait que les enfants souffrant des effets de l'exposition prénatale à l'alcool accusaient un retard par rapport aux étapes normales de développement et n'atteignaient pas leur plein potentiel. Le Peel FASD Steering Committee devait compter sur des données probantes pour éclairer l'orientation des politiques et des programmes afin d'utiliser efficacement les ressources limitées disponibles afin d'améliorer la sensibilisation et d'influencer les comportements des femmes enceintes et leur famille en ce qui concerne la consommation d'alcool pendant la gestation. La vision à long terme du comité consiste à créer un modèle durable et complet de promotion de la santé portant sur l'ETCAF qui reposerait sur la prévention, le diagnostic, l'intervention précoce et le traitement. En 2010, des intervenants communautaires ont élaboré un plan stratégique qui faisait état de stratégies fondées sur des données probantes afin de contribuer à la mise à jour de la vision à long terme.

[1] Pour obtenir de plus amples renseignements sur ce cas, veuillez contacter Marilyn Kusi-Achampong, BSc., M.H.P., analyste de la recherche et des politiques, Centre de santé publique de Peel.

Étant donné qu'il n'existe aucun niveau de consommation d'alcool sécuritaire *connu* durant la grossesse, la division de la santé familiale du Centre de santé publique de Peel a fait la promotion auprès des femmes enceintes de l'abstinence de l'alcool avant la conception et durant la gestation au moyen de campagnes de marketing social et d'éducation. Cependant, la capacité de ces stratégies à modifier les comportements n'a pas été évaluée et leur efficacité demeurait largement inconnue. Puisque l'équipe responsable de ce projet avait pour objectif de fonder son intervention sur des preuves, elle a entrepris de se procurer des données probantes issues de la recherche sur des stratégies de santé publique efficaces pour prévenir ou réduire la consommation d'alcool chez les femmes enceintes ou prévoyant l'être, et pour favoriser la prise de décisions appropriées concernant les programmes et les politiques.

1.2 Le rôle des données probantes

Le Centre de santé publique de Peel s'est doté d'une stratégie visant à fonder systématiquement ses décisions sur des données probantes issues de la recherche en vue de répondre à des questions relatives à la pratique. Reposant sur un cadre qui comporte sept étapes, ce processus tire parti de travaux de recherche hautement synthétisés parmi les plus récents et de la meilleure qualité qui sont disponibles. Des guides de pratique clinique et des revues systématiques portant sur l'ETCAF sont utilisés chaque fois que possible, car l'ensemble d'études primaires s'y trouve déjà synthétisés. Chaque guide ou revue fait l'objet d'une évaluation critique, et les données probantes sont résumées à l'intention d'un groupe de fournisseurs de services aux fins d'examen et d'utilisation. On a aussi recours à un outil pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité de la recherche au contexte local, puis les données sont résumées dans un rapport 1:2:20.

Le **cadre à sept étapes** a été élaboré à l'interne par le médecin-hygiéniste adjoint du Centre de santé publique de Peel dans le cadre d'un projet mené grâce à une bourse du programme FORCES et visant à instaurer un processus pour tirer parti des données probantes à des fins décisionnelles. Le processus s'appuie sur la documentation concernant les méthodologies d'évaluation rapide, des travaux du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, ainsi que le processus d'évaluation des données probantes en usage dans le site Web http://www.healthevidence.org/default.aspx

---

Le **rapport 1:2:20** est adapté du format de document facile à lire 1:3:25 de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). http://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/10-06-01/d497a465-5398-4ec8-addf-d7cbf86b1e43.aspx. Il est rédigé dans l'ordre suivant :

- le rapport complet décrivant les conclusions de la recherche documentaire (jusqu'à 20 pages);
- le sommaire exécutif (de 1 à 2 pages à double interligne);
- de quatre à six messages clés (1 page).

Il comprend les sections suivantes : énoncé du problème; contexte; cadre conceptuel; problématique de la revue de la littérature; recherche documentaire; évaluation de la pertinence et critères d'inclusion et d'exclusion; résultats de la recherche; évaluation

critique; description des études prises en considération; synthèses des constatations; recommandations préliminaires; applicabilité et transférabilité; décisions.

À la suite de recherches et d'analyses systématiques dans des bases de données universitaires et sur la littérature grise, un rapport d'évaluation rapide a été rédigé et une stratégie d'application des connaissances (AC) a été élaborée. L'évaluation rapide a été mise à la disposition de l'ensemble des professionnels de la santé publique par l'intermédiaire du site Web du Centre de santé publique de Peel où sont mises en ligne toutes les revues de la littérature. La stratégie d'AC a inclus la rédaction d'un sommaire d'une page intitulé « Evidence in Practice ». Celui-ci contenait un sommaire du rapport destiné aux décideurs et aux praticiens contenant la question de recherche, un aperçu du processus de recherche, les principales conclusions et les implications pour la pratique. La stratégie prévoyait aussi la divulgation des constatations de la recherche au moyen de stratégies efficaces d'application des connaissances, soit des séances interactives en groupe.

POINTS SAILLANTS DE L'ÉVALUATION DES DONNÉES PROBANTES :

- Il existe suffisamment de données probantes de haute qualité pour suggérer que les stratégies de prévention universelles se révèlent efficaces pour prévenir la consommation d'alcool pendant la grossesse.
- Les études passées en revue concluent que les stratégies de prévention sélectives, plus précisément le dépistage, produisent de meilleurs résultats au moment de détecter la consommation possible d'alcool chez les femmes enceintes que la prestation de soins ordinaires ou une intervention menée sans outil de dépistage.
- Les études sur l'efficacité des outils de dépistage utilisés pour reconnaître les habitudes de consommation à risque chez les femmes en gestation révèlent que les questionnaires T-ACE et TWEAK portant spécifiquement sur la grossesse sont les plus utiles.
- Par ailleurs, les études se penchant sur l'efficacité des interventions brèves indiquent que certaines d'entre elles peuvent aider à prévenir la consommation d'alcool durant la grossesse. Cependant, on ne sait pas quels volets de ces interventions portent des fruits, puisque celles s'étant révélées infructueuses présentaient les mêmes composantes.
- Il est possible que les femmes qui consomment de faibles quantités d'alcool durant la grossesse réduisent leur consommation à la suite d'interventions relativement simples, comme le fait de se faire poser des questions sur leurs habitudes ou de recevoir un avis sur les risques posés par l'alcool durant la gestation.
- Les interventions brèves comportant un volet de counselling en matière de contraception auprès des femmes qui ne sont pas enceintes sont efficaces pour réduire les habitudes de consommation à risque et augmenter l'utilisation d'un moyen de contraception.
- Tout comme le dépistage, celles-ci constituent des méthodes d'intervention individualisées. Elles ne cadrent donc pas avec les stratégies axées sur la santé de la population et sont mieux mises en œuvre par les prestataires de soins de santé primaires.

Après avoir été achevé, le rapport a été transmis au Peel FASD Steering Committee et à ses organismes communautaires partenaires. Une séance interactive en groupe a été organisée. Les auteurs ont alors eu l'occasion de présenter le processus de recherche et les constatations du rapport d'évaluation rapide, de même que les recommandations en matière de politiques et de programmes. Après la présentation, les représentants des organismes communautaires partenaires ont discuté des implications des constatations sur leurs activités et ont établi les prochaines étapes.

Les données probantes de la recherche ont été communiquées au personnel de la division de la santé familiale du Centre de santé publique de Peel lors d'une séance de « transfert et d'échange de connaissances » d'une demi-journée. Une présentation PowerPoint a été distribuée, puis des activités de groupe ont été tenues en vue de discuter des constatations et de leurs conséquences sur la pratique dans le cadre de plusieurs programmes de santé publique (p. ex. le programme de visite à domicile « Bébés en santé, enfants en santé »). Des groupes comprenant des infirmiers de la santé publique, des visiteurs familiaux, des diététistes et des agents de promotion de la santé ont discuté de la portée de la problématique (consommation d'alcool durant la grossesse) au sein de leurs programmes respectifs, ainsi que des répercussions éventuelles d'une stratégie s'appuyant sur le dépistage par les prestataires de soins de santé primaires et l'offre de brèves séances de counselling à leur clientèle cible. Ces groupes ont été à même de faire part des points saillants de leurs nombreuses discussions à l'ensemble de la division.

Les conclusions de la recherche ont également été présentées aux médecins durant deux rondes dans des hôpitaux locaux, alors qu'une troisième séance devait avoir lieu en mars 2012.

À la lumière des données probantes, les recommandations suivantes en matière de politiques et de programmes ont été formulées :

1. Cesser d'investir dans l'élaboration de campagnes de marketing social générales et universelles concernant les effets de la consommation d'alcool durant la grossesse.
2. Continuer de transmettre les principaux messages au sujet des effets de la consommation d'alcool durant la grossesse par l'intermédiaire des programmes d'éducation prénatale existants (« Bébés en santé, enfants en santé » et cours prénataux) conformément à la priorité stratégique se rapportant à la formation de la prochaine génération, qui est centrée sur l'optimisation des résultats et des trajectoires de développement des enfants.
3. Poursuivre le travail en partenariat avec le Peel FASD Steering Committee en fournissant une expertise concernant les données probantes et les pratiques exemplaires issues de la recherche sur différents sujets liés à la consommation d'alcool et la gestation qui se révèlent pertinents pour ses membres.
4. Promouvoir l'élaboration d'une stratégie de sensibilisation ciblant les prestataires de soins de santé primaires dans le but de promouvoir le dépistage de la consommation d'alcool et les interventions brèves auprès des femmes enceintes ou qui prévoient l'être. Le Centre de santé publique de Peel apportera son soutien à celle-ci en fournissant l'expertise de son spécialiste de la sensibilisation des médecins.
5. Se tenir informé de la documentation produite sur la consommation d'alcool et la gestation, et continuer de surveiller les niveaux de sensibilisation des résidents de la région au moyen des enquêtes du Système rapide de surveillance des facteurs de risque (SRSFR).

6. Faire part des constatations de cette évaluation rapide aux membres du Peel FASD Steering Committee et aux intervenants internes offrant des services à des femmes en âge de procréer (p. ex. les équipes responsables de la santé sexuelle, de l'abus de substances et de la santé à l'école) dans le but de susciter une réflexion sur les implications des résultats sur leurs programmes respectifs.

1.3 Implications

Les six recommandations ont été intégralement adoptées sans modification par le Centre de santé publique de Peel et sont en cours de mise en œuvre. La réaffectation de fonds initialement destinés à une campagne dans les grands médias à une stratégie de sensibilisation ciblant les médecins afin de promouvoir le dépistage de la consommation d'alcool et les interventions brèves auprès des femmes enceintes ou qui prévoient l'être permet au groupe de travail sur l'ETCAF de Peel ainsi qu'au Centre de santé publique de Peel de centrer leurs efforts de prévention sur les tâches qui auront un effet sur les destinataires prévus. Cette initiative promeut aussi la mise en œuvre d'une intervention fondée sur des données probantes par les fournisseurs de soins de santé appropriés de manière à augmenter l'efficience et l'efficacité des efforts de prévention.

L'évaluation rapide a été achevée en septembre 2011. Un plan de diffusion des connaissances a été créé et est actuellement exécuté.

L'évaluation de la stratégie d'AC portera sur les indicateurs suivants de l'application des connaissances : portée, utilité, utilisation et partenariats.

1.4 Leçons retenues

1. En tant qu'organisation entreprenant une évaluation des données probantes, le Centre de santé publique de Peel jouait essentiellement le rôle de producteur de connaissances. Il importait donc de travailler avec les partenaires communautaires et les utilisateurs des connaissances tout au long du processus de recherche. Une telle approche permettait une application harmonieuse des conclusions et des recommandations.
2. Le manque de données nationales et régionales concernant les taux d'ETCAF et de consommation d'alcool chez les femmes enceintes ouvrait la porte à un grand débat sur l'importance du problème. De plus, les données divergentes suggérant que la consommation d'alcool durant la grossesse ne pose pas de danger substantiel sèment la confusion autant chez le personnel médical, que chez les femmes enceintes ou qui prévoient l'être. Ce type de débat fait en sorte qu'il est difficile de convaincre certains praticiens de l'importance du problème de la consommation d'alcool durant la gestation.
3. Il convient d'informer les utilisateurs des connaissances (le personnel de première ligne et les membres du Peel FASD Steering Committee) au sujet des limites et des lacunes des données probantes. Ils pourront ainsi départager ce qui est bien établi de ce qui ne repose pas sur des données probantes pour prendre des décisions éclairées.
4. Les médecins forment un groupe cible très difficile à atteindre et il n'est pas aisé de les amener à modifier leur pratique. Conformément à une évaluation des données probantes portant sur la communication efficace avec les médecins dans le but d'influencer leur pratique qui a également été réalisée au Centre de santé publique de Peel, l'équipe

de projet a appris que les documents imprimés et les réunions didactiques ont un effet limité sur la pratique. En revanche, il a été démontré que les interventions comme les vérifications et la rétroaction, la formation continue comportant des volets didactiques et interactifs, ainsi que les visites de sensibilisation éducatives avaient une plus grande incidence.

1.5 Ressources et outils

- Lien vers le site le rapport du Centre de santé publique de Peel : « Effective Interventions to Prevent Alcohol-Exposed Pregnancies » (disponible en anglais seulement).
- *Centre de collaboratation nationale des méthodes et outils (2009). Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes (A&T Tool)* Hamilton, ON : Université McMaster. (revisé 02 December, 2013). récupéré sur le site http://www.nccmt.ca/registry/view/fra/24.html.
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (2010). Rédaction facile à lire - 1 : 3 : 25. récupéré sur le site http://www.fcass-cfhi.ca/SearchResultsNews/10-06-01/d497a465-5398-4ec8-addf-d7cbf86b1e43.aspx.
- Le site Web du Centre de santé publique de Peel contient des revues de la littérature (disponibles en anglais seulement) supplémentaires pouvant éclairer la pratique.
- L'outil de planification des activités d'AC utilisé par le Centre de santé publique de Peel était adapté du modèle de planification d'application des connaissances (disponible en anglais seulement). Barwick, Melanie – The Hospital for Sick Children, Toronto. Version datée du : 30 juillet 2010.
- Lien vers le synopsis du rapport (disponible en anglais seulement) dans le portail YouTube.
- Lien vers les ressources sur la consommation d'alcool et la gestation du centre Meilleur départ
- Lien vers : Système rapide de surveillance des facteurs de risque (site Web disponible en anglais seulement)
- Lien vers les lignes directrices du Centre de santé publique de Peel sur les circonstances dans lesquelles il convient d'utiliser un processus d'évaluation rapide (page Web disponible en anglais seulement)

2. PRATIQUES EN SANTÉ PUBLIQUE À L'ÉCHELLE LOCALE VISANT À RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES EN SANTÉ

Penny Sutcliffe, médecin hygiéniste et directrice générale (Service de santé publique de Sudbury et du district); Sandra Laclé, directrice (Service de santé publique de Sudbury et du district); Susan Snelling, gestionnaire (Service de santé publique de Sudbury et du district).

Caractéristiques du cas

MIXTE | AUTRE | < 500 | LCL

2.1 Introduction et vue d'ensemble de la question

La santé publique fait appel à une approche axée sur la santé de la population dans le but d'améliorer cette dernière dans son ensemble et de réduire les inégalités en matière de santé entre les différents groupes qui la composent. Les inégalités en matière de santé (aussi connues comme les « inégalités sociales en santé ») se réfèrent aux différences d'origine sociale entre les états de santé qui sont systématiques, inéquitables et injustes. De nombreuses mesures devraient être prises à l'échelle nationale et provinciale pour s'attaquer à ces inégalités. En revanche, les mesures devant être adoptées à l'échelle locale ne sont pas aussi évidentes. Pour le Service de santé publique de Sudbury et du district, l'amélioration de la santé de la population par la réduction des inégalités sociales en santé constitue une priorité stratégique depuis plus d'une décennie. Cependant, les données probantes requises à cet effet n'étaient pas facilement accessibles. Plus précisément, il était nécessaire de déterminer les pratiques exemplaires pour la prise de mesures locales en santé publique.

Avec les récentes initiatives de renouvellement de la santé publique menées en Ontario, les conseils de santé sont responsables des programmes et des services de santé publique visant à lutter contre les inégalités sociales en santé. L'équipe responsable de la santé publique au sein du Service de santé publique de Sudbury et du district désirait contribuer à la base de connaissances relative aux mesures locales en santé publique visant à s'attaquer aux inégalités sociales en cernant des pratiques qui se révéleraient pertinentes dans le cadre de la pratique de première ligne en santé publique. Nous voulions alors entreprendre la mise en œuvre de ces pratiques au sein de notre service de santé publique.

Le fait de s'attaquer à ce problème renforcerait les orientations stratégiques et les mécanismes de résolution se rapportant aux inégalités en santé. De plus, il était attendu que les mesures prises à cet égard amélioreraient la capacité globale de l'organisation à tirer parti des données probantes émanant de la recherche et à influencer l'adoption de bonnes politiques publiques. À plus long terme, elles contribueraient à améliorer les résultats sur la santé des résidents de la région et à mettre en relief les pratiques efficaces en santé publique dans l'ensemble de l'Ontario.

La base de données probantes mettant en lumière des pratiques exemplaires efficaces pour réduire les inégalités en santé est limitée, et les mesures que doivent prendre les

professionnels locaux de la santé publique sont mal comprises. Ainsi, la littérature contient peu de directives pour intégrer les principes d'équité aux politiques et aux programmes. Cependant, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) remarque que bien qu'il soit nécessaire de mener de plus amples recherches sur ce sujet, cette lacune ne devrait pas empêcher de formuler des jugements à partir des données probantes existantes (2008).

2.2 Le rôle des données probantes

Tandis que nous continuions à discuter à l'échelle locale du besoin d'adopter des mesures en santé publique pour réduire les inégalités sociales en santé, plusieurs autres services de santé (comme les participants à la conférence de l'Association pour la santé publique de l'Ontario) signifiaient leur appui, mais désiraient savoir ce qu'ils devraient faire. Nous n'avions pas de réponse claire à cette question. Nous avons donc interrogé les données probantes afin de dégager les fondements de notre intervention à l'égard de ce problème.

Nous avons recherché des publications et de la littérature grise sur les inégalités sociales en santé et les mesures prises en la matière par les services de santé publique locaux, et nous avons consulté des bases de données et des sites Web d'organisations gouvernementales, non gouvernementales et de santé publique. Nous avons passé en revue des documents, puis nous les avons évalués en fonction des fins visées afin de déterminer s'ils abordaient de façon convaincante notre questionnement sur la réduction des inégalités sociales en santé. Des lecteurs ont lu en profondeur les documents les plus pertinents, ont isolé les thèmes liés aux pratiques visant à réduire les inégalités sociales et ont mis en œuvre un processus dans le but de dégager un consensus sur une liste de dix pratiques prometteuses. Cet examen a permis de mettre en évidence des pratiques *prometteuses* en santé publique, au lieu de pratiques « éprouvées » ou « exemplaires ».

DIX PRATIQUES PROMETTEUSES

1. **Ciblage dans un cadre d'universalité**
   Il est nécessaire d'améliorer disproportionnellement la santé des groupes plus défavorisés par le ciblage, tout en améliorant celle de toute la population. Pour progresser dans la réduction des inégalités en santé, la pratique de la santé publique doit tendre vers un équilibre entre des approches sélectives et ciblées, ainsi que des stratégies universelles.

2. **Marketing social**
   La segmentation des groupes cibles et les interventions adaptées, y compris les communications en santé, sont des étapes clés du processus de marketing social.

3. **Développement de la petite enfance**
   Il est largement reconnu que les expériences vécues pendant la petite enfance constituent les éléments de base du développement à toutes les étapes de la vie. De plus, comme ce sont les enfants les plus démunis qui obtiennent les gains les plus marqués, investir dans le développement de la petite enfance est considéré comme un moyen puissant d'égaliser les chances.

4. **Rapports ciblés**
   Par la production de rapports centrés sur les inégalités sociales de manière à mettre en relief – au lieu de les masquer – leurs effets sur la santé, il est possible de révéler les progrès réalisés ou encore leur absence, et d'orienter les futures interventions.

5. **Évaluation des incidences sur la santé axée sur l'équité**
   L'évaluation des incidences sur la santé (EIS) est une méthode structurée permettant d'apprécier les répercussions éventuelles sur la santé des politiques et des pratiques proposées. Au moment de s'attaquer aux inégalités sociales en santé, la connaissance des gagnants et des perdants des politiques permet aux décideurs de minimiser les résultats négatifs sur la santé, de compenser ces derniers par d'autres avantages, ou encore de veiller à ce que les personnes qui se voient affectées par celles-ci ne soient pas déjà défavorisées.

6. **Action intersectorielle**
   L'action intersectorielle est essentielle, car plusieurs solutions aux inégalités sociales en santé ne relèvent pas du secteur de la santé. Des liens forts et durables entre le milieu de la santé publique et d'autres secteurs (éducatif, municipal, environnemental, financier et du transport) seront nécessaires pour garantir le succès des mesures d'intervention.

7. **Engagement communautaire**
   L'engagement communautaire constitue une stratégie transversale clé pour la réduction des inégalités sociales en santé. Elle s'avère particulièrement importante pour permettre la participation des membres des populations vulnérables à la reconnaissance des problèmes, à l'élaboration des mesures d'intervention et à l'évaluation.

8. **Établissement de cibles pour l'équité en matière de santé**
   L'établissement de cibles semble être un processus prometteur dans le cadre de la stratégie visant à réduire les inégalités sociales en santé et peut jouer un rôle à l'échelle des services de santé publique locaux.

9. **Apport à la base de données probantes**
   Il importe que la base de connaissances visant à s'attaquer aux inégalités sociales par des mesures locales de santé publique qui est en cours d'élaboration soit renforcée par la diffusion intentionnelle des savoirs.

10. **Compétences et normes organisationnelles**
    Les compétences nécessaires pour lutter efficacement contre les inégalités sociales en santé comprennent notamment la capacité de planifier et d'établir des partenariats et des coalitions à l'échelle locale. Celles-ci ne font pas partie des connaissances de base ni de l'expérience de la plupart des professionnels de la santé publique. Les organisations de santé publique devront faire de la réduction des inégalités sociales une priorité, et s'engager à travailler en partenariat avec différents secteurs tout en misant sur l'engagement communautaire. Une telle approche peut représenter un changement de paradigme dans le domaine de la santé publique.

Après avoir dégagé ces dix pratiques prometteuses, nous avons recherché une méthode pour traduire ces connaissances sur les inégalités sociales en actions. Nous avons consulté l'équipe de gestion du service de santé publique pour connaître leurs besoins précis en ce qui concerne l'utilisation des données probantes. Les gestionnaires ont fait état d'un manque de temps et de compétences pour réaliser une évaluation critique des données probantes issues de la recherche et les mettre en œuvre.

En nous fondant sur les stratégies de transfert des connaissances examinées et sur les besoins mis en lumière dans notre milieu, nous avons choisi de recourir au courtage du savoir afin de mettre en application les dix pratiques prometteuses au sein du Service de santé publique de Sudbury et du district.

Le courtage du savoir repose sur l'engagement interactif en personne dans le but de tenir un dialogue sur la recherche et les données probantes.

> « [Un courtier du savoir] tisse des liens entre les producteurs de recherche et les utilisateurs finaux en favorisant une compréhension mutuelle des objectifs et des cultures; il collabore avec les utilisateurs finaux pour cerner les questions et les problèmes qui exigent des solutions; et facilite la reconnaissance des données probantes scientifiques, l'accès à celles-ci, leur évaluation, leur interprétation et leur application en politiques et en pratiques locales. »
>
> DOBBINS M, ROBESON P, CILISKA D, ET AL. (2009)

L'utilisation du courtage du savoir visait à développer les habiletés et les compétences en gestion afin de favoriser la pratique fondée sur des données probantes en vue de réduire les inégalités sociales en santé. Des rencontres individuelles de courtage du savoir d'une durée de deux heures ont été organisées avec certains gestionnaires de programme et planificateurs. Les participants étaient responsables de différents secteurs de programme et étaient perçus comme étant les premiers à avoir eu recours aux notions sur lesquelles se fonde l'équité. Des documents contextuels présentant les dix pratiques prometteuses et un choix de lectures avaient été distribués aux participants deux semaines avant les rencontres. On avait demandé à ces derniers de passer en revue ces ressources documentaires et de réfléchir à la possibilité de les mettre en œuvre dans le cadre d'activités et de programmes précis. Durant les rencontres, ils ont pris part à des discussions facilitées avec le courtier du savoir sur la façon d'intégrer les pratiques prometteuses à la planification des programmes relevant de leur responsabilité.

2.3 Implications

Pour le Service de santé publique de Sudbury et du district, la réduction des inégalités sociales en santé constituait un engagement fondé sur des valeurs. Cependant, nous manquions d'information sur des stratégies reposant sur des données probantes en vue de son utilisation au sein de notre organisme de santé publique local. La mise en lumière des dix pratiques prometteuses a constitué une étape importante et utile.

Le projet a permis de démontrer que le courtage du savoir peut contribuer à la diffusion efficace de l'information sur les inégalités sociales en santé. Le processus de transformation des programmes est une entreprise complexe qui ne peut être accomplie lors d'une rencontre de courtage du savoir de deux heures. Il est donc peu probable que ce seul processus ait amené des changements importants. Néanmoins, les participants ont fait part de leur intention d'assurer un suivi sur de possibles orientations auprès de leurs équipes, et c'est

justement grâce à ce processus, qui a débuté avec le courtage du savoir, que des changements peuvent être apportés aux programmes. Les gestionnaires ont appuyé une participation accrue aux séances de courtage du savoir au sein de l'organisation et de nouvelles séances ont été organisées depuis à l'intention de tous les directeurs et administrateurs. Ce processus a permis de faire naître un sentiment de responsabilité à l'égard de la réduction des inégalités sociales en santé chez un nombre croissant de personnes.

Des notes ont été prises lors des séances de courtage et des consultations de suivi tenues par la suite. De plus, un sondage a été distribué aux participants pour obtenir leur rétroaction sur différents aspects du courtage du savoir. Dans l'ensemble, ce processus a fait l'objet d'un soutien très élevé et les participants le recommandaient à leurs pairs. Ils soutenaient particulièrement une approche individualisée et en petits groupes afin de discuter en profondeur des questions et des défis dans un environnement ouvert et décontracté.

La stratégie reposant sur le courtage du savoir s'est révélée prometteuse pour développer les connaissances, les habiletés et les compétences de l'équipe de gestion. Les rencontres ont permis de compter sur une tribune afin de discuter dans le détail des inégalités sociales en santé dans le contexte d'un secteur de programme particulier. Les discussions ont mis en lumière les répercussions des pratiques sur la planification des programmes et, dans certains cas, des mesures précises pour la mise en œuvre.

Pour favoriser les progrès au sein de l'organisation et gagner l'appui des partenaires communautaires externes, nous avons investi dans la mise sur pied d'un bureau de l'équité en santé (BES), auquel un gestionnaire et du personnel ont été assignés, et nous avons élaboré un Guide pour réaliser notre vision pour les 10 prochaines années se fondant sur les dix pratiques prometteuses. La mise en œuvre de ce guide relèvera du BES. Nous avons aussi créé une courte vidéo bilingue visant à susciter l'engagement de partenaires n'appartenant pas au secteur traditionnel de la santé.

Bien que la mise sur pied du BES et la mise en œuvre de la campagne *Engageons une conversation sur la santé* soient des mesures relativement récentes émanant de notre plan décennal, un plan d'évaluation a déjà été établi pour ces initiatives. Celui-ci cherche à déterminer comment les processus ont été exécutés et dans quelle mesure nous avons atteint nos objectifs à long terme en ce qui concerne, d'une part, le développement de capacités internes solides et, d'autre part, la promotion de la responsabilisation de la communauté externe à l'égard des enjeux liés à l'équité.

Parmi les pratiques prometteuses que nous avons relevées, mentionnons la prestation de programmes de santé publique à la fois ciblés et universels. Des mesures telles que l'investissement dans le développement de la petite enfance, la mobilisation pour la mise en œuvre d'initiatives intersectorielles, l'élaboration de rapports ciblés et l'engagement communautaire semblent aussi pertinentes. À titre d'exemple d'application de ces pratiques pour la promotion de la santé, mentionnons la collaboration de notre équipe de projet avec le réseau *Meilleur départ* de la Ville du Grand Sudbury en vue de créer une approche fondée sur des données probantes dans le but de fournir une aide ciblée aux enfants et aux familles, tout particulièrement celles qui présentent les besoins en services les plus criants. Le réseau *Meilleur départ* de la Ville du Grand Sudbury a interrogé les données portant sur les facteurs ayant une incidence sur le développement des enfants, notamment le revenu familial, la monoparentalité, la langue et l'éducation. La cartographie de ces données nous a permis de déterminer les quartiers prioritaires pour l'exécution des mesures de promotion de la santé. Grâce à ces

résultats, les membres du réseau ont décidé l'emplacement des carrefours Meilleur départ de manière à maximiser les effets sur les populations ayant le plus besoin de soutien.

Les implications de ce processus ne se sont pas limitées à la mise en place des carrefours Meilleur départ. L'équipe du Service de santé publique de Sudbury et du district a ensuite recoupé ces quartiers prioritaires avec les résultats des enquêtes « Bébés en santé, enfants en santé » et de l'index dentaire. Elle a remarqué que les zones où de plus grands besoins sociaux, économiques et éducatifs avaient été relevés correspondaient aussi à celles où les résultats sur la santé étaient les plus faibles. Cette constatation a eu une incidence sur l'emplacement d'autres programmes de santé publique ainsi que sur les affectations des infirmiers en santé publique.

Le réseau Meilleur départ a récemment entrepris l'évaluation de l'initiative qu'elle met en œuvre. Nous estimons que l'engagement et la participation communautaires des groupes visés en priorité par les carrefours Meilleur départ permettront à plus long terme de renforcer les liens avec les services communautaires, d'améliorer l'inclusion sociale et le succès scolaire et de développer les compétences parentales.À notre avis, le capital social qui a été établi et s'est développé tout au long de ce processus a contribué à l'établissement de partenariats importants, comme la mise sur pied de notre Programme d'entraînement parental positif (Triple P). Les partenaires communautaires n'ont pas tardé à embrasser le modèle du « système » Triple P pour toutes les initiatives en matière de compétences parentales. La capacité à tirer parti de l'engagement et des partenariats dans le cadre d'initiatives nouvelles et émergentes garantira que les pratiques exemplaires sont adoptées rapidement au sein de la communauté, ce qui permettra d'améliorer les résultats sociaux et sur la santé. Lors de la première évaluation de l'initiative Meilleur départ, une majorité importante de parents (67 %) a signalé que leurs compétences parentes s'étaient améliorées. De plus, 72 % d'entre eux ont admis détenir de meilleures connaissances sur le développement de l'enfance, et 78 % ont indiqué que le carrefour les avait aidés à élever leur enfant et à mieux le préparer à intégrer le réseau scolaire.

2.4 Leçons retenues

1. Nous avons accompli notre travail dans un contexte marqué par une assez bonne connaissance organisationnelle et communautaire des mécanismes de réduction des inégalités sociales en santé, ainsi qu'un soutien à ceux-ci. Il est probable que des conditions préalables favorables soient essentielles à l'application du processus de courtage du savoir auquel nous avons eu recours. Aussi, il est nécessaire que des mesures visant à assurer la durabilité du programme soient instaurées. Il importera de maintenir les comités ayant été mis sur pied pour lutter contre les inégalités sociales en santé, de susciter des attentes de gestion et de créer des outils de planification, et de continuer d'affecter de façon concrète des ressources humaines et financières à la réduction des iniquités sociales dans le portefeuille de la santé. À l'externe, nous devons veiller à ce que nos partenaires communautaires nous apportent un soutien continu et soient eux-mêmes à l'affût des possibilités de prendre des mesures contre les inégalités sociales en santé.
2. La complexité du problème auquel nous avons décidé de nous attaquer et les limites de la base de données probantes pouvant se révéler pertinentes à cet effet ont constitué des défis. Les données probantes dont nous disposions pour prendre des mesures concrètes n'étaient pas absolues, mais plutôt suggestives, spéculatives et empiriques. Par conséquent, elles n'avaient pas été soumises à des essais cliniques aléatoires ou à d'autres mécanismes d'évaluation comparables. Les revues systématiques relatives aux

déterminants sociaux de la santé font état de relations peu claires entre les inégalités en santé et les interventions. Il est ainsi nécessaire de mener des recherches plus complètes sur ces dernières. Néanmoins, les dix pratiques prometteuses jettent les bases d'une intervention en vue de réduire les inégalités sociales en santé et, grâce à leur mise en œuvre, nous pouvons continuer de consolider la base de connaissances sur les mesures qui portent des fruits.

3. Bien que notre service de santé se livre au perfectionnement professionnel et à la planification stratégique et opérationnelle en ce qui concerne la lutte aux inégalités sociales en santé depuis plus de dix ans, nous avons constaté que la transmission de pratiques simples et reposant sur des données probantes au moyen d'un processus de courtage du savoir favorisait leur intégration au processus de planification des programmes. Il s'est aussi révélé utile de susciter des attentes au sein de l'organisation à l'égard de la mise en œuvre de ces pratiques (selon le cas), au lieu de les considérer comme optionnelles.
4. De nombreuses initiatives stratégiques seraient nécessaires à une échelle dépassant les services locaux de santé publique afin de s'attaquer intégralement aux inégalités sociales en santé. Cependant, les services de santé publique peuvent et doivent jouer un rôle à ce chapitre par leurs programmes et leurs services. Même si de nombreux intervenants de la santé publique font preuve de résolution dans leur lutte aux inégalités sociales en santé, ils ne disposent pas de stratégies concrètes fondées sur des données probantes. La mise en lumière des dix pratiques prometteuses répond à un besoin reconnu de compter sur des stratégies de réduction des inégalités sociales en santé reposant sur des données probantes à l'échelle des services locaux de santé publique.

2.5 Ressources et outils

- Lien vers la « Fiche de renseignements » sur les 10 pratiques prometteuses du Service de santé publique de Sudbury et du district
- Lien vers la section d'information sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales en santé
- Lien vers la section d'information au sujet des actions prises par le Service de santé publique de Sudbury et du district pour réduire les inégalités sociales en santé
- Lien vers la section d'information sur certains outils et ressources utilisés par le Service de santé publique de Sudbury et du district, et d'autres organismes pour réduire les inégalités sociales en santé
- Lien vers la vidéo (en anglais) : *Let's Start a Conversation About Health ... and Not Talk About Health Care at All*
- Lien vers la vidéo (en français) : Engageons une conversation sur la santé... sans jamais parler de soins de santé
- Lien vers la section Équité en santé du site Web du Service de santé publique de Sudbury et du district
- Lien vers les trois rapports établis dans le cadre du programme FORCES de la FCRSS (rapport no 1, no 2 et final)
- Lien vers le Document d'information technique sur les dix pratiques prometteuses
- Lien vers le Guide pour réaliser notre vision pour les 10 prochaines années (disponible en anglais seulement)

3. PROGRAMME EN MILIEU RURAL « HEALTHeSTEPS: EXERCISE RX »

Robert Petrella, chaire de recherche sur le vieillissement Beryl et Richard Ivey (Lawson Health Research Institute et Université Western); Sheila Cook, courtière du savoir (InFacilitation); Katie Mairs, assistante de recherche (St. Joseph's Health Care London)

Caractéristiques du cas

RURAL AUTRE < 100 PROV

3.1 Introduction et vue d'ensemble de la question

Les preuves scientifiques disponibles montrent clairement que le Canada connaît une épidémie croissante de maladies chroniques. Les maladies cardiovasculaires causées par un mode de vie sédentaire entraînent la morbidité et la mortalité attribuables aux maladies chroniques au Canada. À titre d'exemple, les complications des maladies cardiovasculaires (CMC) se traduisent par une augmentation des décès supérieure à 70 % chez les diabétiques, ce qui fait grimper les coûts en santé. Il a été suggéré qu'il serait possible de prévenir la plupart des CMC par des efforts coordonnés en vue d'encourager l'adoption et le maintien d'un mode de vie plus actif (Organisation mondiale de la Santé, 2006).

Les données probantes mettent également en lumière que l'exercice favorisant la santé physique et mentale constitue l'intervention la plus efficace qui soit, encore davantage que la médication ou le counselling. Pourtant, de nouvelles données émanant de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECES) indiquent que seuls 15 % des adultes canadiens atteignent le niveau recommandé de 150 minutes d'activité physique modérée à intense par semaine. La littérature laisse entendre que les individus inactifs ou présentant un surpoids doivent s'entraîner à une intensité qui leur procure les avantages de l'activité physique tout en assurant leur sécurité. Cette notion est à la base du développement de l'outil de prescription d'exercices Step Test[MC] (Petrella et al., 2001).

Il existe des différences alarmantes quant à la distribution géographique des maladies chroniques. En effet, les résidents des régions rurales présentent un risque plus élevé d'en développer une, y compris le diabète de type 2, ce qui constitue un facteur aggravant les résultats. À titre d'exemple, les comtés de Huron, Perth, Grey et Bruce du centre-ouest ontarien présentent les taux de décès des suites de maladies cardiaques les plus élevés de l'Ontario et du Canada, alors que la prévalence du diabète dans la région de Grey et Bruce est deux fois plus élevée (8,0 %) que dans celle de Middlesex-London (4,1 %), une région urbaine voisine (Institut canadien d'information sur la santé, 2006). Des tendances semblables concernant la prévalence des maladies chroniques sont observables dans d'autres régions du Canada (Statistique Canada, 2005).

Pour s'attaquer à ce problème, une étude intitulée *Innovation to reduce cardiovascular complications of diabetes at the intersection of discovery, prevention and knowledge exchange : ARTEMIS* a été entreprise dans le but de dégager les bases scientifiques de

l'efficacité des stratégies de modification des habitudes de vie, de même que la faisabilité, l'utilité et la fidélité des outils et des dispositifs technologiques d'autosurveillance et d'intervention au sein des populations urbaines et rurales. Après la réalisation d'un projet pilote portant sur plusieurs technologies sanitaires dans le but de démontrer les avantages pour la santé de notre programme d'exercices fondé sur des données probantes pour les personnes adultes souffrant du syndrome métabolique et vivant en milieu rural (Stuckey et al., 2011a; Stuckey et al., 2011b), nous avons mené un essai clinique aléatoire sur un programme d'exercices tirant parti de la technologie (à l'aide du Step Test[MC], un test d'effort breveté utilisé pour la prestation de soins primaires; Petrella et al., 2003) auprès d'un échantillon de 300 personnes atteintes du syndrome métabolique, et vivant dans un environnement rural ou urbain durant une période de douze mois. Celui-ci avait pour objet de déterminer comment ce nouveau programme d'exercices basé sur la technologie pouvait permettre la modification des habitudes de vie constituant des facteurs de risque du diabète et contribuer à maintenir un mode de vie sain. Nous en sommes actuellement à analyser l'ensemble des résultats.

Durant cette étude, les participants ont fait 141 853 491 pas sur une période de 365 jours, pour une moyenne de 6371 pas par jour, par personne. Leur forme physique (VO2 max) s'est améliorée, alors que leur pression sanguine, leur taux de glycémie et leur cholestérol ont connu une baisse. Pris ensemble, les participants ont perdu près de 500 livres. Pendant les entrevues menées avec ceux-ci au moment de clore l'étude afin de recueillir de l'information sur leur expérience et leurs idées pour de futurs projets de recherche, certains d'entre eux nous ont fourni les témoignages suivants : « S'il vous plaît, ne nous laissez pas tomber à la fin du projet », « J'ai fait de très grands progrès, j'ai perdu du poids et je me sens beaucoup mieux, mais j'ai besoin de soutien pour continuer » ou encore « Dans cette région, nous mangeons de la viande, des pommes de terre et des sauces riches. Nous savons que nous devons améliorer nos habitudes de vie, mais nous avons besoin d'aide ». Après avoir entendu ces cris du cœur, nous étions déterminés à trouver une façon d'aider les résidents du comté de Huron à adopter un mode de vie plus sain à long terme.

C'est à la suite de cette expérience que le programme HealtheSteps a été mis sur pied. Celui-ci s'appuie sur un portail Web à libre accès (HealtheSteps.ca) par lequel les clients et les fournisseurs peuvent interagir en temps réel avec un entraîneur et obtenir des recommandations d'exercices. Ce programme est novateur en ce qu'il permet de tirer parti d'une façon pratique des recherches menées en laboratoires dans le milieu communautaire, notamment au sein des équipes Santé familiale (ÉSF) et des centres de santé communautaires. Il ne se limite pas à l'éducation traditionnelle et aux principes de l'autonomie en matière de santé. Il fournit à chaque utilisateur une prescription personnalisée en ce qui concerne les habitudes de vie (en fonction des résultats au Step Test[MC]). Il est également durable à long terme afin de permettre l'engagement des participants au-delà de la période habituelle variant de six à douze semaines des programmes d'exercice. Cette structure favorise la modification des habitudes de vie à long terme dans les domaines interreliés des stratégies en matière d'exercice, de nutrition et de santé mentale. Les discussions menées avec les participants à nos études avaient permis de déterminer qu'ils ignoraient durant combien de temps, à quelle fréquence et à quelle intensité ils devaient faire de l'activité physique avant de se voir prescrire un programme d'exercices. Ils avaient fait part de leurs préoccupations au sujet de leurs problèmes de santé et avaient reconnu

qu'ils désiraient entreprendre un changement positif dans leur vie. Le programme d'exercices qui leur a été prescrit et la surveillance régulière leur ont procuré la confiance dont ils avaient besoin pour améliorer leur forme physique et leur santé. Tout au long de cette étude, les participants ont indiqué à plusieurs reprises qu'ils se sentaient motivés à améliorer leur résultat au Step Test[MC] chaque fois qu'ils revenaient pour une séance. À ce jour, HealtheSteps a été testé avec succès au sein de la Huron Community Family Health Team à Seaforth, en Ontario. Le programme en est maintenant à l'étape de la planification et de la mise en œuvre à plusieurs autres endroits.

3.2 Le rôle des données probantes

Plusieurs formes de données probantes ont été utilisées lors de l'élaboration de cette intervention, y compris des données scientifiques, empiriques et fondées sur des expériences vécues. Celles-ci ont inclus des revues systématiques tirées de publications et de la littérature grise, ainsi que des données qualitatives obtenues grâce à des consultations communautaires n'ayant pas été publiées.

Dans le cadre de l'étude ARTEMIS, des mesures ont été recueillies au début et à des intervalles de trois mois afin de faire le suivi des changements au fil du temps.

Des données similaires ont été collectées pour le programme HealtheSteps lors de la première séance, puis à des intervalles de trois mois.

Des groupes de discussion informels ont été organisés à Seaforth et London pour obtenir la rétroaction des participants à l'étude ARTEMIS au sujet de leur expérience et leurs idées pour de futurs projets de recherche. Les données qualitatives ainsi recueillies ont été regroupées par thème pour déterminer les secteurs prioritaires en vue de l'élaboration de projets de recherche et programmes éventuels. De plus, nous avons mis sur pied un forum en ligne afin de permettre aux personnes n'ayant pas pu prendre part aux groupes de discussion de faire part de leurs commentaires. Ceux-ci ont fait l'objet d'un suivi par l'équipe de recherche et ont été pris en considération dans les données des groupes de discussion. Nous avons tenu d'autres groupes de discussion informels avec des représentants de la communauté. Des sondages en ligne ont été envoyés à des étudiants en médecine et à des programmes connexes pour obtenir leurs points de vue, en leur qualité de futurs prestataires de soins, sur l'utilisation de la technologie pour favoriser l'atteinte des objectifs de leurs patients en ce qui a trait à l'adoption de saines habitudes de vie.

Nous avons collecté de l'information sur la pratique par l'intermédiaire de l'atelier d'innovation ARTEMIS et des consultations communautaires. Ces dernières ont permis d'éclairer la conception de l'atelier tenu à la fin du programme et de mieux connaître l'expérience de notre partenaire communautaire dans le cadre de celui-ci. Cet atelier (tenu le 21 juillet 2010) avait pour but d'obtenir des idées concernant :

- la façon d'aider les participants à l'étude ARTEMIS du comté Huron à maintenir de saines habitudes de vie à la fin du projet;
- des projets de recherche fondés sur l'utilisation de la technologie qui pourraient être menés ultérieurement pour favoriser l'adoption d'un mode de vie plus sain dans les communautés rurales.

Durant cet atelier, l'équipe de recherche a communiqué les résultats des consultations auprès de la communauté et s'est penchée sur des mécanismes de collaboration pour aider les participants ainsi que la population en général. L'information recueillie à cette occasion a été analysée en fonction des thèmes. Ces derniers ont ensuite été présentés dans un rapport portant sur l'atelier d'innovation ARTEMIS.

Toutes les consultations susmentionnées ont permis d'étayer le programme communautaire HealtheSteps de manière à en assurer la durabilité. Tandis que nous recherchons de nouveaux collaborateurs, nous poursuivons les consultations auprès des partenaires communautaires, des dirigeants des organismes et du personnel qui travaillent à la mise en œuvre du programme. Nous modifions les outils et les processus à l'aide d'un modèle d'amélioration continue de la qualité, puis nous faisons part des apprentissages à nos différents collaborateurs. De cette façon, nous recueillons des données et des expériences au moment opportun pour améliorer le programme et pour en garantir la faisabilité et l'adaptabilité.

De plus, des consultations auprès de nos partenaires communautaires ont permis de relever plusieurs autres endroits où le programme HealtheSteps pourrait être mis en œuvre (en apportant des modifications mineures au protocole, au besoin). En effet, il serait possible de l'intégrer aux programmes Walk-for-Wellness ou d'en faire profiter les YMCA du comté de Huron. Nous espérons mettre à l'essai un programme HealtheSteps « familial » au YMCA de Goderich dans un proche avenir. En outre, nous évaluons la possibilité de le mettre en œuvre dans le secteur des affaires, puisque la municipalité de Goderich a fait part de son intérêt de l'offrir à ses employés.

Les activités d'application et de transfert des connaissances ont inclus les suivantes :

- réalisation de présentations et soumission d'affiches dans le cadre de conférences universitaires et scientifiques, et lors d'un évènement sur la santé mentale des ÉSF;
- diffusion de communiqués de presse (notamment pour leur diffusion dans les bulletins de nouvelles, à la radio et sur le Web) et des expériences vécues par des participants à la recherche;
- création d'un portail Web interactif (HealtheSteps.ca).
- réalisation de présentations devant des décideurs (p. ex. des représentants des réseaux locaux d'intégration des services de santé, des analystes des politiques, des sous-ministres et des fonctionnaires des ministères de la Santé, ainsi que du Tourisme, de la Culture et du Sport);
- participation à un café scientifique (un programme financé par l'IRSC pour favoriser l'engagement de la communauté scientifique);
- distribution des résultats de la recherche aux participants;
- mise en œuvre de séances du programme HealtheSteps.

3.3 Implications

Dans le cadre de notre projet de recherche, nous avons mis en œuvre un programme de prescription d'exercices fondé sur des données probantes et bien ancré dans la réalité des communautés rurales. Les commentaires de nos partenaires de recherche, y compris des patients, des cliniciens et des responsables communautaires, ont été utilisés pour poursuivre la mise en œuvre du programme et assurer sa durabilité. Par conséquent, non seulement le programme HealtheSteps tient compte des besoins locaux, mais il est également guidé par les communautés qu'il dessert. Les participants au projet de recherche et les partenaires communautaires ont aussi posé des questions et ont mis au défi notre équipe de s'attaquer à des enjeux se rapportant à la santé comme l'autosurveillance, l'utilisation de la technologie et la mise en relation avec le personnel soignant.

Parmi les résultats sur la santé observés à l'échelle de la communauté, mentionnons l'amélioration du poids, de la pression artérielle et des niveaux d'activité physique des participants. Nous avons relevé des ressources communautaires pour poursuivre le HealtheSteps et créer de nouvelles possibilités de programmes d'activité physique orientés vers la communauté. Des entreprises ont également entrepris de contribuer à l'amélioration de la santé de leurs employés. L'utilisation créative des lieux communautaires (p. ex. les arénas, les épiceries et les centres communautaires comme le YMCA) a permis de compter sur de nouveaux moyens de promouvoir et de mettre en œuvre le programme HealtheSteps. Grâce au programme, des gens utilisent maintenant un podomètre lorsqu'ils se livrent à leurs activités quotidiennes, qu'il s'agisse de promener leur chien, de tondre la pelouse ou de parcourir un terrain de golf.

Nous avons identifié des champions du programme et nous avons mis à contribution l'équipe administrative de l'équipe Santé familiale, des médecins et des membres du personnel médical afin de favoriser un changement organisationnel durable à l'échelle locale. Ceci nous a permis de nous appuyer sur un nouveau leadership, de réaliser des activités et des évènements visant à favoriser l'engagement des membres de la communauté, et d'établir des partenariats avec des organismes communautaires et de santé publique.

La mise sur pied du programme et le succès qu'il a remporté ont mené récemment à la formation d'un nouveau réseau rural HealtheSteps qui inclut 60 scientifiques, représentants de l'industrie et partenaires communautaires qui désirent contribuer à la base de données probantes liées à l'amélioration des habitudes de vie dans le but de prévenir et de gérer les maladies chroniques. Grâce à ce réseau, nous espérons augmenter la portée de notre recherche.

Nous avons élaboré un cadre d'évaluation exhaustif qui nous aidera à évaluer les répercussions de nos efforts d'application et de transfert des connaissances, de même que celles du programme HealtheSteps sur la santé des résidents du comté. Les données du projet pilote sont actuellement compilées et les activités de collecte se poursuivront jusqu'en octobre 2012.

3.4 Leçons retenues

1. Il faut du temps aux équipes de recherche pour tisser des relations de confiances avec les partenaires communautaires, ainsi que pour concevoir et mettre en œuvre des programmes reposant sur des données probantes qui s'harmonisent avec les objectifs, les processus et les ressources de ces derniers.
2. Un courtier du savoir détenant de l'expérience dans l'amélioration des processus, dans la mise en œuvre de programmes, en communications, en facilitation et en encadrement joue un rôle important pour établir des liens entre les chercheurs, les partenaires et les ressources afin de permettre la prise de décisions basées sur des données probantes.
3. Il convient d'investir du temps pour bien comprendre les besoins, les cultures et les milieux en vue de garantir que le programme est faisable et est adapté au contexte local.
4. Une approche consistant à créer le programme, à le mettre à l'essai et à le modifier au besoin vous permettra d'asseoir votre crédibilité et d'obtenir de meilleurs résultats.

3.5 Ressources et outils

- Des ressources destinées aux entraîneurs de HealtheSteps et aux participants sont accessibles dans le site Web du programme (disponible en anglais seulement)
- Lien vers le site Web de Participaction
- Lien vers le site Web de Société canadienne de physiologie de l'exercice
- Lien vers le site Web de Les diététistes du Canada
- Lien vers le site Web de l'Association canadienne du diabète (disponible en anglais seulement)
- Lien vers le site Web de la Fondation des maladies du cœur du Canada
- Petrella, R.J. & Lattanzio, C. N. (2002). Does counselling help patients get active? Systematic review of the literature. Canadian Family Physicians, 48, 72-80

4. SENSIBILISATION AU DÉPISTAGE DU CANCER À L'Î.-P.-É.

Lori Barker, directrice générale, Division de l'Î.-P.-É. de la Société canadienne du cancer

Caractéristiques du cas

MIXTE ONG < 100 PROV

4.1 Introduction et vue d'ensemble de la question

Étant donné l'incidence croissante du cancer à l'Î.-P.-É. (SCC, 2006) et la faible participation aux programmes de dépistage, le projet visait à rehausser la sensibilisation à l'égard des programmes de dépistage au sein de la population cible en misant sur l'engagement des communautés et des professionnels de la santé, ainsi qu'une campagne de sensibilisation du grand public. Le projet de la Division de l'Î.-P.-É. de la SCC visait à s'attaquer au manque d'information disponible sur le dépistage du cancer au sein de la population cible dans le but de rehausser la sensibilisation et la participation aux programmes de dépistage.

4.2 Le rôle des données probantes

Des données probantes étaient nécessaires afin de susciter l'engagement des communautés et des professionnels de la santé, et de créer une campagne de sensibilisation du grand public. L'établissement d'une initiative intégrée sur le dépistage exige des recherches sur la prévention et des renseignements sur le dépistage au sein de la population. Il était nécessaire pour l'équipe de projet de recueillir des données probantes par des activités de recherche afin de déterminer, d'une part, le type de messages sur le dépistage et la prévention qui se révélerait efficace auprès du groupe cible et, d'autre part, comment atteindre ce dernier. La stratégie d'éducation du grand public (basée sur les conclusions de la recherche) devait augmenter la sensibilisation au dépistage, les connaissances en la matière et la participation à celui-ci.

Le projet se fondait sur les données des enquêtes nationales sur les pratiques relatives au dépistage et les connaissances des tests correspondants, telles que déclarées par les participants (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes). En outre, l'évaluateur de projet a réalisé des recherches documentaires concernant la modification des comportements sur le dépistage du cancer et a créé un sondage téléphonique préalable à la campagne qui a contribué à orienter l'élaboration des messages et à cerner des mécanismes de réception de l'information. Un deuxième sondage téléphonique a été mené quelques semaines après le lancement de la campagne. Celui-ci a révélé que la proportion des répondants qui considéraient comme « très probable » le fait de rechercher ou de demander de l'information sur le dépistage du cancer au cours de la prochaine année avait considérablement augmenté par comparaison avec les résultats de la première enquête.

Déterminer le niveau de sensibilisation et de connaissance sur le dépistage, ainsi que la préparation à la participation

Une enquête téléphonique initiale a été élaborée pour déterminer le niveau de sensibilisation et de connaissance des répondants sur le dépistage, ainsi que leur préparation à se soumettre à des tests. Celle-ci a permis de cerner les obstacles à la participation, ainsi que les connaissances et les croyances au sujet du dépistage du cancer. Cet essai préliminaire a fourni des données de base au sujet de la population cible et a contribué à l'élaboration de la campagne. Le sondage préliminaire se fondait en grande partie sur des enquêtes réalisées antérieurement par Statistique Canada (*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*) et le Partenariat canadien contre le cancer. D'autres sujets ont été ajoutés par le comité afin de répondre aux besoins de l'évaluation du projet.

Les résultats de base ont été communiqués aux membres d'un comité agissant comme organe consultatif dans le cadre du projet et à des représentants du ministère de la Santé et du Mieux-être dans le but de contribuer à la conception de la campagne de sensibilisation. Les constatations recueillies lors du processus de recherche préliminaire ont fourni au comité consultatif l'information sur les principaux enjeux et thèmes devant être abordés dans la campagne, ainsi que sur la manière la plus efficace d'atteindre le groupe cible constitué des adultes âgés de 40 à 60 ans. Plus précisément, elles ont facilité la formulation du contenu des publicités imprimées, radio et télévisées, ainsi que du site Web (www.getscreenedpei.ca).

Comprendre la population cible

- Il est nécessaire de déterminer à qui s'adresse la campagne.
- Quels messages sont susceptibles de toucher le groupe cible?
- Quel média et quelle approche permettront de livrer efficacement ces messages au groupe cible?

Nous avons répondu à ces questions par une étude de marché, des groupes de discussion, une étude secondaire des initiatives réalisées dans d'autres régions, la revue des pratiques exemplaires pour la promotion du dépistage, ainsi que la reconnaissance des groupes à risque ou se caractérisant par une faible participation.

Concevoir la stratégie et mettre à l'essai le matériel de la campagne de sensibilisation au dépistage

De précédentes recherches ont révélé qu'une discussion avec un médecin était le meilleur moyen d'inciter les gens à se soumettre à un dépistage. Par conséquent, l'équipe de projet a fait intervenir un médecin à la fin de chaque message publicitaire. Le concept de la campagne a été élaboré en fonction de l'expertise du comité et des conseillers-médias, et à la lumière des données probantes disponibles sur la population cible (utilisation des soins de santé, croyances, connaissances et attitudes, dépistage, expérience personnelle relative au cancer, sources d'information) ainsi que des pratiques exemplaires sur la sensibilisation au dépistage du cancer. Par ailleurs, les travaux de recherche consultés montraient également que bon nombre des citoyens de l'Î.-P.-É. (62 %) n'étaient pas conscients de l'importance de subir un

dépistage avant l'apparition de signes ou de symptômes. Les messages se sont centrés sur cette réalité. Les premiers résultats du sondage mené par l'évaluateur de projet ont mis en relief qu'« environ un quart des répondants étaient en désaccord avec le fait que les tests de dépistage étaient à même de détecter le cancer ou qu'il était nécessaire de subir un test de dépistage en l'absence de symptôme ». Cette constatation a renforcé encore davantage la nécessité de cette campagne de sensibilisation sur le dépistage. L'information clé selon laquelle le cancer peut être détecté avant l'apparition de signes ou de symptômes était à la base des messages de la campagne (utilisation de « taches »), qui s'appuyaient sur une analogie démontrant que le cancer peut être présent sans être visible.

La campagne s'est déroulée en différentes étapes. Elle visait d'abord à faire comprendre aux gens l'importance du dépistage, puis les incitait à s'y soumettre régulièrement tout en leur faisant savoir que les médecins encouragent leurs patients à passer des tests réguliers. Un comité consultatif sur le dépistage a passé en revue toutes les ébauches du matériel et a fait part de ses commentaires durant le processus. La campagne intégrée comprenait un message télévisé, une annonce semblable à la radio, des publicités dans les journaux (en anglais et en français), le site Web http://www.getscreenedpei.ca, une carte faisant la promotion de ce dernier, ainsi qu'une brochure distribuée dans des trousses destinées aux médecins. L'information recueillie au début du projet sera aussi utilisée pour la conception de futures campagnes et initiatives sur le dépistage.

Le conseiller-média a fait l'essai des versions préliminaires du matériel de la campagne lors de groupes de discussion réunissant des membres de la population cible. Durant ces rencontres, des personnes âgées de 40 à 60 ans ont été invitées à examiner les messages clés dans le but de déterminer leur opinion à l'égard du matériel de sensibilisation. La campagne dans les médias avait pour but d'instaurer une culture du dépistage du cancer à l'Î.-P.-É. en en faisant une habitude et en l'intégrant à la routine. Le groupe de discussion visait à obtenir la réaction et la rétroaction des participants quant au matériel préliminaire de la campagne comme les publicités, les brochures, etc.

4.3 Implications

Un groupe d'évaluation a été mandaté pour concevoir des outils qui seraient utilisés avant et après le sondage, pour mener les enquêtes de référence et de suivi, pour analyser les données et pour présenter les résultats dans un rapport technique et un rapport d'évaluation définitif. Le rapport technique devait fournir de l'information sur les méthodes utilisées pour l'évaluation de la campagne de sensibilisation du grand public au dépistage du cancer (outils d'enquête, matrice d'évaluation et indicateurs). Le rapport d'évaluation a été utilisé pour documenter ce qui suit :

1. le niveau de sensibilisation de base et les attitudes des adultes âgés de 40 à 60 ans résidant à l'Î.-P.-É. à l'égard du dépistage du cancer;
2. le profil démographique de base des adultes de l'Î.-P.-É. âgés de 40 à 60 ans ayant déclaré avoir un passé un test de dépistage;
3. les premiers résultats de la campagne de sensibilisation au chapitre de la reconnaissance des médias et des messages utilisés, ainsi que des intentions de se soumettre à un test de dépistage;
4. la méthodologie d'évaluation utilisée pour recueillir et analyser l'information ci-dessus.

Une évaluation a été menée tout au long du projet dans le but de déterminer son efficacité pour augmenter la sensibilisation au dépistage du cancer. Comme dans le cadre des sondages effectués avant le début de la campagne, la sensibilisation et les attitudes à l'égard du dépistage au sein de deux échantillons indépendants de la population ont été évaluées après la mise en œuvre de celle-ci. L'enquête menée après la mise en œuvre a fourni les données comparatives nécessaires pour évaluer l'efficacité de l'initiative à augmenter la sensibilisation, les connaissances et les actions.

La campagne a atteint une vaste proportion de la population cible des adultes âgés de 40 à 60 ans résidant à l'Î.-P.-É. Environ deux tiers des répondants (68 %) ont indiqué avoir vu au moins un des messages publicitaires sur le dépistage. L'évaluation du projet a révélé que la proportion des répondants qui considéraient comme « très probable » le fait de rechercher ou de demander de l'information sur le dépistage du cancer au cours de la prochaine année avait considérablement augmenté par comparaison avec les résultats de l'enquête initiale. Lors de cette dernière, 31 % des répondants estimaient qu'ils se soumettraient « très probablement » à un test de dépistage, alors que cette proportion avait grimpé à 45 % lors de l'enquête de suivi. L'intention de rechercher ou de demander de l'information sur le dépistage du cancer a été évaluée en fonction des catégories démographiques utilisées dans le cadre de l'enquête initiale. Les femmes étaient nettement plus susceptibles que les hommes de rechercher de l'information sur le dépistage au cours de la prochaine année ($p<0,01$ au test du chi carré). Aucune différence n'a été relevée en ce qui a trait au fait de résider dans un milieu urbain ou rural, au comté, à l'âge, au revenu ou à la situation d'emploi.

En ce qui concerne les attitudes à l'égard du dépistage, les résultats ont montré une augmentation considérable d'une enquête à l'autre (de 77 % lors de l'enquête initiale à 84 % au moment du suivi) de la proportion de répondants témoignant leur accord avec le fait que les tests de dépistage étaient à même de détecter le cancer avant l'apparition de symptôme.

Les messages publicitaires télévisés se sont révélés le moyen de communication le plus efficace auprès de la population cible. Les annonces à la radio et dans les journaux ont toutefois servi de rappels pour une petite proportion de membres de la population cible, alors que le site Web a fait l'objet d'un achalandage modéré. Bon nombre de répondants se souvenaient des messages clés de la campagne, notamment qu'une personne ne sait pas qu'elle est atteinte du cancer et qu'il est nécessaire de subir un test de dépistage à cet effet. Enfin, le site Web getscreenedpei.ca pourrait avoir un effet sur les taux de dépistage grâce à l'envoi aux personnes inscrites de messages automatiques visant à leur rappeler de subir un nouveau test un an après le dernier.

Dans leur profil, les répondants devaient indiquer s'ils avaient un médecin de famille. Les taux de dépistage étaient souvent plus élevés parmi les personnes ayant un médecin de famille, celles ayant visité ce dernier le plus souvent au cours de la dernière année et celles ayant subi un examen médical au cours des deux dernières années. En outre, les taux de mammographie au cours des deux dernières années étaient supérieurs parmi les femmes ayant un médecin de famille ($p<0,01$ au test du chi carré) et augmentaient en fonction du nombre de visites à ce dernier au cours de la dernière année.

- En ce qui concerne la mammographie : Pour environ deux tiers des répondantes (64 %), c'est le médecin de famille qui a proposé en premier lieu la réalisation d'une mammographie, alors que 37 % d'entre elles ont pris l'initiative d'aborder ce sujet avec celui-ci.

- En ce qui concerne le test Pap : Pour environ quatre cinquièmes des répondantes (82 %), c'est le médecin de famille qui a proposé en premier lieu la réalisation d'un test Pap, alors qu'elles ont pris l'initiative d'aborder ce sujet avec celui-ci dans une proportion de 19 %.
- En ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal : Pour environ trois quarts des répondants (74 %), c'est le médecin de famille qui a proposé en premier lieu la réalisation d'un test de dépistage du cancer colorectal, alors que 26 % d'entre eux ont abordé ce sujet en premier lieu avec celui-ci.

Ces résultats expliquent que nous avons conclu que la participation des médecins est essentielle dans le cadre d'une approche globale. Après la campagne, des demandes de présentations et de renseignements ont été reçues de plusieurs groupes et milieux de travail, notamment du ministère fédéral Anciens Combattants Canada, de l'Agence du revenu du Canada, du centre de la TPS et des centres provinciaux en santé familiale. Le matériel et l'information ont aussi été présentés lors de plusieurs évènements communautaires, ce qui a étendu la portée de la campagne de sensibilisation au dépistage du cancer bien au-delà de ce qui était prévu.

Un séminaire en ligne et une conférence téléphonique ont été organisés après la fin du projet afin de le présenter au personnel de toutes les divisions et de tous les bureaux nationaux de la SCC. Les principales observations et les résultats globaux de celui-ci ont été diffusés afin d'encourager d'autres divisions à l'adapter dans leur province. Certaines d'entre elles se sont engagées à intégrer certains de ses éléments dans leurs priorités pour l'avenir, alors que d'autres ont entrepris de rechercher du financement et de tisser des partenariats pour mettre en œuvre cette campagne dans leur province.

Les messages créés dans le cadre de celle-ci ont été utilisés lors des activités Relais pour la vie de la SCC, auxquelles prennent part plus de 4000 bénévoles, participants et survivants du cancer dans l'ensemble de l'Î.-P.-É.

Répercussions du rapport sur les premiers résultats

L'évaluation la campagne de sensibilisation a porté sur les ***premiers résultats*** au chapitre de la reconnaissance des médias et des messages utilisés, ainsi que des intentions de se soumettre à un test de dépistage. L'équipe responsable du projet reconnaît qu'il s'est écoulé peu de temps entre le lancement de la campagne et la réalisation de l'enquête de suivi. Par conséquent, ces constatations constituent les ***premiers résultats*** de la campagne.

Les objectifs à plus long terme étaient plus difficiles à mesurer dans un horizon de douze à dix-huit mois. Cependant, la SCC a signalé ce qui suit sur la base des premiers résultats :

- Les résultats seront pris en considération pour la planification de la deuxième étape de la campagne. La Division de l'Î.-P.-É. de la SCC s'est par ailleurs engagée à mener une initiative complète concernant le dépistage du cancer sur une période de trois ans.
- L'information recueillie s'est révélée utile, et elle est maintenant prise en considération dans le cadre de tous les volets de l'initiative générale de prévention du cancer de la Division de l'Î.-P.-É. et des programmes de dépistage provinciaux.

- Le comité consultatif mis sur pied aux fins du projet a continué de se réunir durant l'année 2010. Des partenariats se sont trouvés renforcés par le fait que des organisations gouvernementales et non gouvernementales ont été appelées à travailler en partenariat en vue d'un objectif commun. La communication continue et la planification conjointe sont prometteuses pour l'avenir.

4.4 Leçons retenues

1. Étant donné qu'une proportion importante des répondants à l'enquête ne suivaient pas les recommandations actuelles en matière de dépistage, les données probantes ont mis en lumière le besoin d'une campagne de sensibilisation du grand public.
2. La mise sur pied d'une équipe de personnes et d'organismes détenant une expertise (partenaires rémunérés ou conseillers) pour contribuer à la production de matériel informatif professionnel est cruciale. Les gens sont sensibles au professionnalisme. Ainsi, ce projet n'aurait pas produit de résultats importants sans une expertise en conception, en production et en relation avec les médias.
3. La réalisation d'une campagne de sensibilisation du grand public au dépistage du cancer et la mise en ligne d'un site Web semblent constituer une approche efficace qui pourrait être reproduite dans d'autres régions. Les messages publicitaires télévisés se sont révélés le moyen de communication le plus efficace auprès de la population cible. Les annonces à la radio et dans les journaux ont toutefois servi de rappels pour une petite proportion de membres de la population cible. Pour de futures campagnes, il conviendrait d'envisager l'utilisation d'une approche distincte à la publication d'annonces dans les journaux. On pourrait par exemple fournir de l'information supplémentaire sur les endroits où il est possible de se soumettre à des tests de dépistage, ou encore présenter des faits ou des histoires mettant en relief l'importance de cette pratique.
4. Le volet de l'initiative de l'Î.-P.-É. en matière de dépistage qui visait à susciter l'engagement des médecins de famille s'est fondé dans une mesure importante sur les constatations de l'évaluation qui signalaient que les taux de dépistage étaient plus élevés chez les personnes ayant un médecin de famille, celles ayant visité ce dernier le plus souvent au cours de la dernière année et celles ayant subi un examen médical au cours des deux dernières années.

4.5 Ressources et outils

- Lien vers le site Web de la campagne : http://getscreenedpei.ca
- Progrès dans la lutte contre le cancer : le dépistage, Statistiques canadiennes sur le cancer 2006, Toronto
- Cancer Epidemiology and Prevention, Oxford University Press, NY
- Boîte à outils sur le dépistage du cancer colorectal de la Société canadienne du cancer
- Boîte à outils sur le dépistage du cancer du sein de la Société canadienne du cancer

5. COOK IT UP! PROGRAMME DE CUISINE COMMUNAUTAIRE À L'INTENTION DES JEUNES À RISQUE

Heather Thomas, P.Dt., Ph. D., diététiste en santé publique (Bureau de santé de Middlesex-London); Linda Davies, directrice générale (London Community Resource Centre)

Caractéristiques du cas

MIXTE | ONG | < 100 | RÉGIONAL

5.1 Introduction et vue d'ensemble de la question

En vertu des Normes de santé publique de l'Ontario (NSPO, 2008), les services de santé publique sont tenus d'offrir aux populations prioritaires des possibilités de développement des compétences relatives à l'alimentation et aux saines habitudes alimentaires. Les groupes visés peuvent comprendre, sans toutefois s'y limiter, les femmes enceintes et les nouvelles mères, les personnes de faible statut socio-économique et les jeunes. Cependant, les travaux de recherche sur les pratiques de préparation des aliments à la maison sont rares, plus particulièrement en ce qui concerne les populations prioritaires.

Le programme de cuisine communautaire à l'intention des jeunes à risque *Cook It Up!* vise à faire la promotion de la santé par la formation et l'acquisition de compétences auprès des groupes de jeunes à risque (âgés de 13 à 18 ans). Celui-ci porte sur la nutrition, la sécurité alimentaire et les compétences en cuisine et en préparation des aliments, et prévoit des visites à diverses exploitations agricoles locales. Ce groupe d'âge cible est négligé par les programmes axés sur les compétences offerts en milieu communautaire. Les jeunes entreprenant la transition depuis un foyer, un foyer de groupe ou une famille d'accueil vers la vie autonome ont besoin d'acquérir des compétences relatives à l'achat, à la préparation et à la cuisson des aliments.

Les jeunes dont les déterminants sociaux de la santé sont moins favorables et qui ont vécu dans des foyers instables présentent un risque accru d'adopter de mauvaises habitudes alimentaires et d'être confrontés à d'autres difficultés, comme les dépendances et l'itinérance. La mise en œuvre d'un programme axé sur la nutrition ciblant les jeunes à risque peut avoir une incidence sur d'autres déterminants sociaux de la santé (notamment l'éducation, puisqu'une meilleure alimentation améliore la compréhension en classe).

Le programme *Cook It Up!* est un projet commun du Bureau de santé de Middlesex-London et du London Community Resource Centre mené en collaboration avec des chefs et des agriculteurs locaux, ainsi que d'autres partenaires communautaires. Un comité directeur a été mis sur pied pour superviser le contenu du programme. Le volet de recherche de *Cook It Up!* a consisté à évaluer qualitativement et quantitativement l'expérience des participants (jeunes, partenaires communautaires, parents et tuteurs) dans le cadre du programme. Cette étude est considérée comme une évaluation formative de celui-ci.

L'expression « jeune à risque » se réfère aux adolescents dont le statut socio-économique ou les conditions de logement les rendent plus susceptibles de présenter un éventail de problèmes physiques ou psychosociaux, comme une mauvaise alimentation, et qui, par ricochet, peuvent avoir pour effet d'exacerber ces derniers.

5.2 Le rôle des données probantes

Des données probantes suggèrent des liens entre une saine alimentation, des compétences en cuisine et la santé. Cependant, la diminution de ces compétences réduit la capacité à jouir de bons résultats sur la santé. Jamie Oliver, une personnalité publique tentant de susciter une révolution dans le domaine de l'alimentation, a laissé entendre en 2009 que les compétences en cuisine augmentaient la capacité à savourer des aliments sains, tout en permettant que les choix et les comportements en matière alimentaire mènent à une amélioration de la santé.

Bien que la documentation spécialisée signale l'utilité de la participation des jeunes à la préparation des aliments, les données probantes démontrant la pertinence de leur contribution aux tâches connexes, notamment l'achat et la préparation des produits alimentaires, sont moins nombreuses, plus particulièrement lorsque la population cible est composée de jeunes à risque entreprenant la transition depuis leur foyer ou leur famille d'accueil vers la vie autonome. Ces derniers sont plus susceptibles de connaître l'itinérance et présentent souvent des problèmes sociaux, physiques et psychologiques, y compris l'abus de substances, qui peuvent aussi constituer des obstacles à l'adoption de saines habitudes de vie. La prestation d'un programme pratique axé sur les compétences de base dans le but de rehausser l'auto-efficacité, les connaissances, la confiance en soi et l'estime de soi constitue une intervention d'une grande utilité pour les jeunes à risque.

Un nombre relativement limité d'études se sont centrées sur la reconnaissance des composantes des programmes de cuisine ciblant les jeunes. Le programme *Cook It Up!* visait principalement à mesurer la transformation des attitudes, des connaissances et des comportements à l'égard de la cuisine. En ce sens, les données probantes montrent que la fourniture de cours de cuisine a une plus grande incidence sur les attitudes, les connaissances en la matière, les compétences et les comportements (Levy et Auld, 2004). Levy et Auld ont remarqué que les changements positifs en ce qui concerne l'auto-efficacité étaient plus marqués (et statistiquement plus importants) au sein des groupes suivant un cours de cuisine, que dans ceux participant à une démonstration culinaire lors de leurs études (Levy et Auld, 2004).

Liquori, Koch, Contento, et Castle (1998) ont mis en relief l'importance de fournir une expérience pratique de la préparation des aliments dans le cadre d'un programme de cuisine s'adressant aux jeunes enfants. Les résultats de cette étude suggèrent que le fait d'offrir la possibilité de cuisiner, de partager un repas avec ses pairs et de compléter cette expérience par des volets éducatifs portant spécifiquement sur la nutrition et la saine alimentation constitue une approche efficace (Liquori et al., 1998). En outre, Larson

et ses collègues (2006b) ont constaté que les jeunes adultes qui étaient à même de préparer des repas plus fréquemment consommaient moins d'aliments prêts à manger et étaient davantage en mesure de respecter les exigences nutritionnelles quant à la consommation de gras, de calcium, de fruits, de légumes et de grains entiers. Ces auteurs ont conclu que les interventions ciblant les jeunes adultes devraient s'appuyer sur l'enseignement des compétences permettant de préparer rapidement des repas nutritifs (Larson et al., 2006b). Par ailleurs, lors de l'étude d'une intervention, Beets et ses collègues (2007) ont constaté que le volet pratique de celle-ci, notamment la participation à la préparation des aliments, favorisait la réceptivité des participants, et suscitait davantage leur enthousiasme et la création de liens positifs à l'égard du programme et de son contenu. Daugherty et Sliver (2007) en sont venus à des conclusions semblables. En effet, ils ont remarqué que les programmes de cuisine donnant l'occasion aux participants d'appliquer leurs connaissances et d'apprendre à préparer des repas avec quelques ingrédients de base constituaient une occasion d'apprentissage amusante. De plus, le modèle positif offert par l'équipe de professionnels du domaine de la nutrition jouait aussi un rôle important, puisque ceux-ci utilisaient des méthodes de cuisine pratiques et plaisantes pour enseigner les principes de la saine alimentation (Dougherty et Silver, 2007).

Le modèle généralisé de planification de programme (MGPP) constitue un outil utile et essentiel pour la planification de programmes et de services de promotion de la santé par les professionnels de ce domaine (McKenzie et al., 2009). Il met en relief les étapes générales de la planification de programmes, y compris « l'évaluation des besoins, l'établissement des buts et des objectifs, l'élaboration et la mise en œuvre de l'intervention, ainsi que l'évaluation des résultats » (McKenzie et al., 2009, p. 17).

En plus de ce modèle, le concept d'auto-efficacité intégrant la théorie sociale cognitive de Bandura a constitué un élément théorique du programme *Cook It Up!*. L'auto-efficacité se rapporte à l'aptitude ou la capacité de surmonter les obstacles qui empêchent la modification désirée d'un comportement (Baronowski, Perry, et Parcel, 2002). Il existe quatre principales façons de favoriser une plus grande auto-efficacité (Bandura, 1994) : la mise en pratique, la présentation de modèles sociaux, la persuasion sociale et les réponses psychologiques. Ces quatre notions ont été intégrées à la conception du programme *Cook It Up!* (Thomas et Irwin, 2011).

Une rétroaction sur la conception du programme et les modifications qu'il convenait d'y apporter a été recueillie de façon constante au moyen de questions directes (entrevues) auprès des principaux intervenants (coordonnateur de programme, jeunes participants, chefs invités, bénévoles, membres du comité directeur, collaborateurs lors des visites sur le terrain). L'équipe de projet a également sondé des fournisseurs de services qui interagissaient avec les mêmes jeunes dans le cadre de leurs programmes (p. ex. le Boys and Girls Club) afin de vérifier s'ils pouvaient obtenir une rétroaction anecdotique auprès de ces derniers, ou encore tenter de savoir ce qu'ils retenaient du programme et comment celui-ci pourrait être modifié. Cette rétroaction a aussi été utile pour donner forme au programme durant la mise en œuvre de l'intervention.

5.3 Implications

Étant donné le manque de données probantes sur le développement des compétences relatives à l'alimentation chez les jeunes, particulièrement chez les jeunes à risque, l'équipe de projet a estimé important de contribuer à cette base de connaissances limitée au moyen de cette évaluation formative. Le programme *Cook It Up!* vise à fournir les compétences de base nécessaires pour mener une vie responsable et autonome de manière à permettre aux participants de rehausser leur auto-efficacité. La présente étude a pour but d'évaluer l'utilité du programme *Cook It Up!* selon les commentaires des participants et de déterminer comment il pourrait être modifié afin de le rendre le plus efficace possible. Les résultats permettront d'éclairer la pratique et de produire des connaissances pouvant être transférées aux organismes et aux groupes de la communauté dans son ensemble, y compris aux services de santé publique, aux centres communautaires locaux, aux établissements scolaires, au secteur agricole et autres organismes intéressés.

L'équipe responsable du projet a cherché à obtenir des données probantes quantitatives et qualitatives. Elle a réalisé des entrevues approfondies avec tous les partenaires du programme (chefs, parents et tuteurs, jeunes, bénévoles, organisateurs des visites sur le terrain, membres du comité directeur et coordonnateur de programme). Elle a de plus sondé les jeunes prenant part au programme pour connaître leur point de vue sur l'utilité de ce programme de cuisine communautaire à l'intention des jeunes à risque. Ces entrevues ont été enregistrées, puis transcrites textuellement. Les participants ont répondu à un questionnaire autoadministré (ou administré par l'équipe responsable du projet de recherche, en cas de problème de lecture ou d'écriture) dans le but d'évaluer les compétences en cuisine avant et après le programme. Les résultats ont ensuite été colligés. Les principaux thèmes émergeant des transcriptions des entrevues ont été mis en relief et des recommandations ont été formulées en fonction de ceux-ci afin de contribuer à de futurs programmes communautaires axés sur le développement de compétences en alimentation.

Un guide pratique a été rédigé durant la mise en œuvre du programme à partir de la rétroaction des partenaires et des données probantes. Des recommandations portant sur les volets importants des programmes et provenant de la documentation spécialisée ont aussi été formulées. Ce guide contenait de l'information sur la façon de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer un programme de cette nature. Il a été largement diffusé lors de conférences provinciales, dans les sites Web d'organismes partenaires, et dans des rapports destinés aux bailleurs de fonds et au conseil d'administration.

Les données probantes ont été utilisées continuellement pour faciliter la modification du programme pendant sa mise en œuvre. De plus, l'équipe de projet est demeurée à l'écoute de la rétroaction du coordonnateur de programme, des bénévoles, des chefs, des membres du comité directeur, des parents et des tuteurs, et des jeunes.

L'équipe a aussi entrepris un projet de recherche PhotoVoice (PV) (avec un petit échantillon de quatre personnes) dans le cadre duquel les participants ont été invités à documenter photographiquement ce qu'ils considéraient comme des facteurs nuisant à l'application de leurs compétences en cuisine au terme du programme Cook It Up ou la favorisant. Les facteurs favorisant l'application des compétences qui ont été relevés comprennent les « aptitudes », les « connaissances en alimentation », les « produits locaux et frais », et la

« connexité ». Le seul facteur nuisant à l'application des compétences en cuisine à la suite du programme qui a été relevé est l'« accès facile à des aliments non sains » (p. ex. en raison de la présence de chaînes de restauration rapide, qui sont ouvertes à toute heure du jour et de la nuit). Bien qu'il soit difficile de tirer des conclusions de cette étude en raison de la petite taille de l'échantillon, celle-ci suggère que les programmes visant l'acquisition de compétences en alimentation offrent aux jeunes la possibilité de participer, d'apprendre, de s'engager et de développer des compétences en cuisine. Cette étude a été publiée dans la Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique (vol. 7, no 1, pp. 14-20).

Une demande a été soumise au comité d'éthique et est actuellement en attente d'approbation. Une fois que cette dernière aura été obtenue, les diététistes en santé publique pourront faire passer un questionnaire sur les compétences en alimentation comprenant des questions sur l'auto-efficacité. La demande présentée au comité d'éthique prévoit notamment la collecte de données d'auto-évaluation sur les compétences en cuisine, qui sera réalisée au début et à la fin de l'intervention. Cet outil devrait être utilisé auprès des jeunes vivant dans un foyer collectif et des participants provenant de la Société d'aide à l'enfance.

De concert avec sept autres services de santé, le Bureau de santé de Middlesex-London prend part à un projet de recherche collaboratif axé sur les besoins locaux dans le but de mieux connaître le sens des compétences en alimentation au sein de deux populations prioritaires en Ontario, soit les jeunes à risque (âgés de 14 à 19 ans), et les femmes enceintes et les nouvelles mamans (âgées de 16 à 25 ans) présentant au moins un facteur de risque (faibles revenus et niveau d'éducation, le fait de résider dans une région isolée, etc.). La recherche sera menée auprès de cinq services de santé participant à ce projet (deux services desservant un milieu principalement rural, deux autres desservant un milieu principalement urbain, et un cinquième présent dans une région nordique). Des entrevues en profondeur seront réalisées avec des participants appartenant à chaque population prioritaire dans chacun des cinq services sélectionnés. Ellen Desjardins a été embauchée à titre de chercheuse principale pour mener à bien ce projet. À l'heure actuelle, l'équipe responsable de ce dernier effectue une revue de la littérature et établit un sommaire des consultations des services de santé ayant été réalisées pour déterminer les populations prioritaires.

En ce qui concerne les répercussions du projet, le guide pratique a facilité la mise en œuvre d'autres programmes semblables à l'échelle provinciale et locale. Bien qu'ils diffèrent quelque peu de *Cook It Up!*, ces programmes se fondent sur de l'information et des apprentissages de celui-ci pour permettre des interventions efficaces et utiles. De plus, des documents établis lors des activités de recherche réalisées pour *Cook It Up!* peuvent être utilisés dans le cadre de futurs programmes semblables et contribuer à la base de connaissances limitée au sujet des compétences en alimentation et en cuisine au sein de ce groupe aux caractéristiques uniques.

Le Bureau de santé de Middlesex-London a approuvé la prestation de programmes centrés sur les compétences en alimentation à des groupes de jeunes à risque dans des foyers collectifs, dans des milieux et dans des centres communautaires. Le programme *Cook It Up!* a jeté les bases à l'établissement de nouvelles initiatives dans ce domaine. Il est reconnu que les compétences en alimentation et en cuisine facilitent une saine alimentation et appuient les stratégies de prévention obésité pour les jeunes de la communauté.

Grâce aux résultats de *Cook It Up!*, les programmes offerts par les diététistes en santé publique du Bureau de santé de Middlesex-London sont maintenant mieux ciblés et mis en contexte dans le but de mieux répondre aux besoins des jeunes à risque. En outre, une approche reposant sur la participation et l'engagement des jeunes est adoptée dans le but de garantir que leurs points de vue sont pris en considération et sont reconnus à leur juste valeur dans le cadre de la mise en œuvre continue des programmes visant l'acquisition de compétences en alimentation. Il est ainsi possible d'avoir l'appui continu de cette population vulnérable, d'améliorer sa participation et d'outiller les jeunes qui prennent part au programme.

5.4 Leçons retenues

1. Bien que la documentation spécialisée signale l'utilité de la participation des jeunes à la préparation des aliments, les données probantes démontrant la pertinence de leur contribution aux tâches connexes, notamment l'achat et la préparation des produits alimentaires, sont moins nombreuses, plus particulièrement lorsque la population cible est composée de jeunes à risque. Dans le cas présent, le manque de données probantes sur des interventions n'empêche pas l'élaboration d'une initiative, mais il donne une occasion de contribuer à la base de connaissances.
2. Apprentissages pratiques et répétition des compétences : Il est impératif de donner l'occasion aux jeunes d'apprendre par la pratique. Conformément aux principes de l'auto-efficacité, la mise en pratique, la présentation de modèles sociaux et la persuasion sociale se sont toutes révélées pertinentes dans le cadre du programme *Cook It Up!* (Baronowski, Perry, et Parcel, 2002). Bien que la répétition constitue une modalité habituelle d'acquisition des compétences, ce projet a offert aux jeunes la possibilité de tirer parti de leurs habiletés existantes en les employant de nouveau lors de séances de cuisine subséquentes et avec différentes recettes. À la fin du programme, les jeunes étaient encouragés à utiliser leurs connaissances et leurs compétences pour terminer la recette.
3. Il faut se souvenir que la patience est d'or avec les jeunes à risque. Les membres de l'équipe de projet provenaient de différents horizons, et lorsqu'on travaille constamment avec des jeunes, on peut facilement ressentir de la frustration en raison de leurs comportements, de leur langage et de leurs attitudes parfois inappropriés. Il est arrivé à certaines occasions que le coordonnateur et les principaux responsables du programme doivent résoudre des problèmes et rappeler aux chefs de projet la nécessité de prendre du recul et prendre en considération le contexte dans lequel ces jeunes ont grandi. Ainsi, il conviendrait que tous les employés et bénévoles appelés à travailler dans le cadre de programmes communautaires s'adressant aux jeunes à risque suivent une formation sur la pauvreté ou l'évaluation des risques élevés afin de leur permettre de modifier leurs préjugés au sujet de ceux-ci.
4. Comment mesure-t-on les compétences en alimentation? Il faut se doter d'un outil validé pour mesurer quantitativement les compétences en alimentation acquises au sein des groupes à risque (et d'autres groupes).
5. Il est aussi nécessaire de compter sur un modèle de programme de promotion de la santé (modèle généralisé de planification de programme), une approche de recherche

participative, et une intervention fondée sur la théorie et centrée sur l'auto-efficacité dans le but de donner forme au plan d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation formative du programme *Cook It Up!*.

6. Le programme *Cook It Up!* a permis de se pencher sur des idées concernant les liens avec les aliments dans le but de développer une compréhension riche et variée du système alimentaire. Les programmes d'acquisition de compétences en alimentation offrent aux jeunes la possibilité de participer, d'apprendre, de s'engager, de s'améliorer et de développer des compétences en alimentation.

5.5 Ressources et outils

- Lien vers un document d'information (disponible en anglais seulement) sur le programme *Cook It Up!*
- Lien vers un article (disponible en anglais seulement) publié dans BMC Research Notes
- Lien vers l'article (disponible en anglais seulement) publié dans la Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique
- Liens vers la dissertation de Heather Thomas intitulée « Planning, implementation, and formative evaluation of a food literacy program » (disponible en anglais seulement)

MOT DE LA FIN

Étant donné que les interventions de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques doivent suivre l'évolution des données probantes nouvelles ou établies pour être efficaces, le présent recueil vise à souligner, au moyen d'exemples canadiens, la valeur de l'acquisition et de la mise en œuvre de données probantes au moyen de diverses stratégies et approches permettant d'accélérer l'application des données probantes dans le cadre du processus de prise de décisions en matière de pratique, de programmes et de politiques. En outre, ce recueil facilite la transmission continue des connaissances en reliant les participants au travail des autres et en les reliant les uns aux autres.

Plusieurs leçons générales sont tirées des cinq cas présentés dans le recueil. Souvent, il faut trouver la logique derrière des preuves contraires sur des sujets précis. Il est essentiel de faire connaître les limites et les lacunes dans les données liées aux interventions pour permettre une prise de décisions éclairée. Il y a un manque de preuves concluantes permettant d'agir avec efficacité dans le cadre d'enjeux complexes, comme les connaissances en matière de santé et les inégalités sociales de santé. Enfin, l'absence de données sur les interventions ne signifie pas l'absence de mesures, mais plutôt une occasion d'ajouter des données probantes.

Le domaine des données probantes liées aux interventions en promotion de la santé et en prévention des maladies chroniques est encore en développement au Canada. Il est évident que l'utilisation de données probantes liées aux interventions en vue d'orienter et d'améliorer les programmes et les politiques est encore en évolution. Toutefois, il existe de nombreuses ressources où trouver de telles données, y compris le Portail canadien des pratiques exemplaires (sections sur les interventions et les ressources), l'organisme Health Evidence ainsi que d'autres ressources et occasions d'apprentissage, comme les modules en ligne du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. Nous encourageons les professionnels à continuer de chercher des données probantes sur les interventions et de mettre en commun leurs expériences et leurs connaissances avec leurs collègues afin d'aider à favoriser l'excellence en promotion de la santé et en prévention des maladies chroniques au Canada.

GLOSSAIRE

Littérature grise : Information produite par une organisation appartenant à n'importe quel palier de gouvernement, au milieu universitaire ou au secteur des affaires, et dont les activités principales ne sont pas axées sur la publication (définition formulée initialement par ICGL Luxembourg en 1997 et complétée à New York en 2004).

Évaluation des incidences sur la santé : Une méthode permettant d'évaluer les répercussions sur la santé des politiques, des plans et des projets dans différents secteurs économiques au moyen de techniques quantitatives, qualitatives et participatives. (http://www.who.int/hia/en/)

Inégalités en santé : Une différence non nécessaire, évitable, inéquitable et injuste entre l'état de santé ou les soins de santé d'une personne par rapport à une autre (http://www.nice.org.uk/website/glossary/glossary.jsp?alpha=H)

Incidence: Il s'agit traditionnellement de la proportion de nouveaux cas (incident) d'une maladie (numérateur) au sein d'une population donnée (repère). Dans les faits, ce concept englobe la fréquence des nouveaux cas liés à la santé ou à la maladie (y compris le décès). (Szklo, M & Nieto, F.J. (2007), Epidemiology: Beyond the Basics. Mississauga. Jones and Bartlett Publishers)

Courtier du savoir : Personne qui tisse des liens entre les producteurs de connaissances et les utilisateurs finaux en favorisant une compréhension mutuelle des objectifs et des cultures; qui collabore avec les utilisateurs finaux pour cerner les questions et les problèmes qui exigent des solutions; et qui facilite la reconnaissance des données probantes scientifiques, l'accès à celles-ci, leur évaluation, leur interprétation et leur application en politiques et en pratiques locales (Dobbins M, Robeson P, Ciliska D, et al. (2009)).

Application, échange et transfert des connaissances : Les termes « application et transfert des connaissances », « application, échange et transfert des connaissances », « diffusion des connaissances » et « mobilisation du savoir » ont tous été employés pour décrire l'ensemble complexe d'activités visant à traduire des connaissances issues de la recherche en changements concrets aux politiques, aux pratiques ou aux produits dans le domaine de la santé. Les stratégies d'AC sont variées et peuvent inclure des présentations à des intervenants ne faisant pas partie du milieu universitaire, des rapports sommaires, des tables rondes ou des rencontres individuelles. (http://www.sickkids.ca/Learning/AbouttheInstitute/Programs/Knowledge-Translation/Knowledge-Translation.html)

Approche axée sur la santé de la population : Approche de la santé visant à améliorer la santé de la population dans son ensemble et à réduire les inégalités en matière de santé entre les différents groupes qui la composent. Pour atteindre ces objectifs, cette discipline se penche sur le vaste éventail de facteurs et de conditions ayant une incidence sur notre santé, et tente d'influer sur ceux-ci. (http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/index-eng.php)

Prévalence : La présence ou la fréquence d'un résultat (numérateur) au sein d'une population donnée (repère) à un moment déterminé ou durant une certaine période. (Szklo, M et Nieto, F.J.) (2007), Epidemiology: Beyond the Basics. Mississauga. Jones and Bartlett Publishers)

Déterminants sociaux : Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, qui sont à leur tour déterminés par plusieurs forces : l'économie, les politiques sociales et la politique. (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/index.html)

Marketing social : L'application des technologies de marketing traditionnel à l'analyse, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes conçus pour influencer les comportements volontaires des membres des groupes cibles dans le but d'améliorer leur bien-être et celui de la société. (Andreasen, A. (1995). Marketing social change. San Francisco : Jossey-Bass)

Revue systématique : Il s'agit d'une évaluation critique de toutes les études portant sur un sujet particulier au moyen d'une méthode systématique de reconnaissance, de constitution et d'évaluation d'un ensemble de documents relatifs à un thème donné en fonction de critères particuliers. (http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/glossary-of-terms/?pageaction=showterm&termid=70)

DÉFINITIONS DES CARACTÉRISTIQUES DES CAS PRÉSENTÉS DANS CE RECUEIL

CADRE GÉOGRAPHIQUE

RURAL — **Milieu rural/éloigné :** L'expérience relatée s'est déroulée dans de petites villes ou des communautés agricoles.

URBAIN — **Milieu urbain :** L'expérience relatée s'est déroulée dans des villes.

MIXTE — **Milieu mixte urbain/rural :** L'expérience relatée s'est déroulée à la fois dans un milieu rural et dans un milieu urbain.

RESPONSABLE DE L'INITIATIVE

GOUV — **Gouvernement :** Initiative dirigée par un gouvernement municipal, provincial ou fédéral, ou encore l'un ou plusieurs de ses ministères.

ONG — **ONG :** Initiative dirigée par une organisation non gouvernementale.

AS — **Autorité sanitaire :** Initiative dirigée par une région ou une autorité sanitaire.

AUTRE — **Autre :** Initiative dirigée par un groupe autre que ceux répertoriés ci-dessus. Les projets menés en collaboration ou par des services de santé publique appartiennent aussi à cette catégorie.

TAILLE DE L'ORGANISATION

> 500 — **Grande :** Organisation comptant plus de 500 employés.

< 500 — **Moyenne :** Organisation comptant moins de 500 employés.

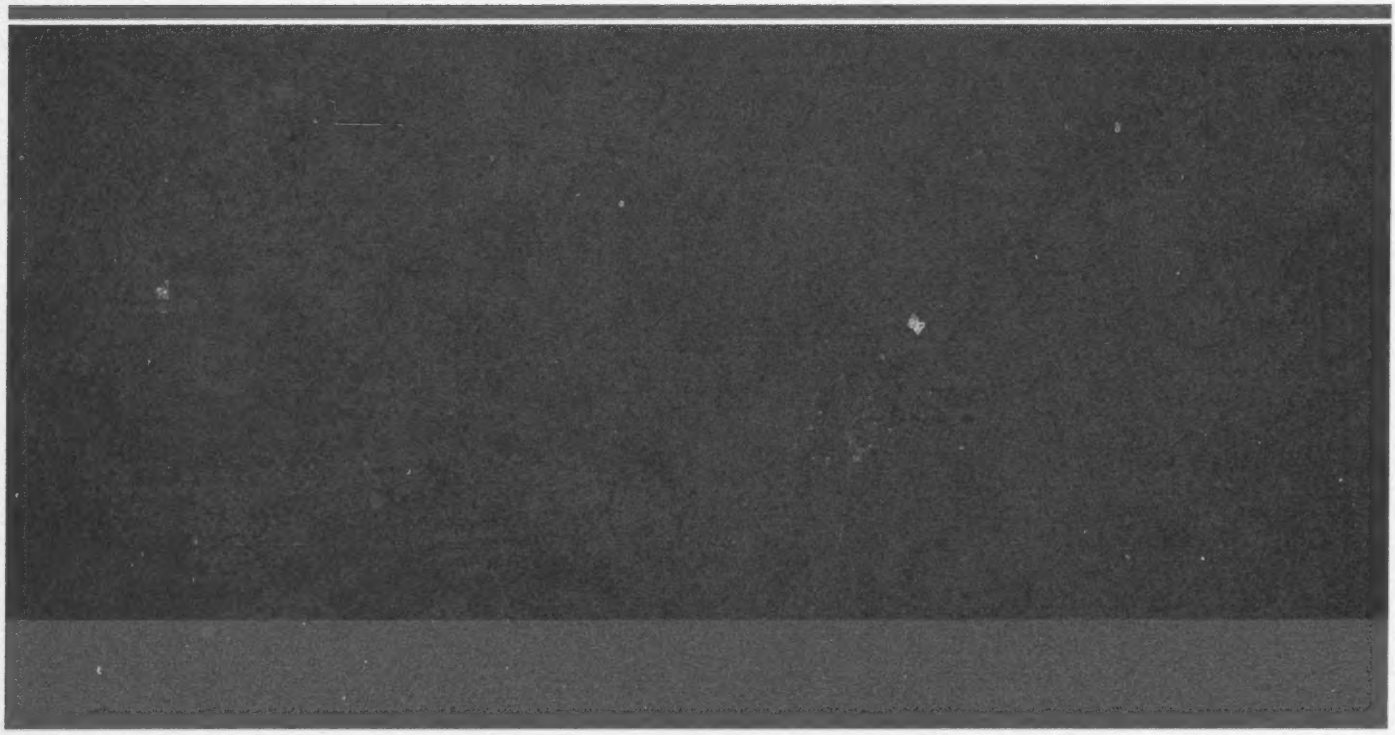
< 100 — **Petite :** Organisation comptant moins de 100 employés.

ÉCHELLE DE L'INITIATIVE

LCL — **Locale :** Initiative mise en œuvre à l'échelle d'une collectivité ou d'une organisation.

RÉGIONAL — **Régionale :** Initiative mise en œuvre à l'échelle d'une région sanitaire ou dans un ensemble de villes.

PROV — **Provinciale/territoriale :** Initiative mise en œuvre dans l'ensemble d'une province ou d'un territoire.

NAT — **Pancanadienne/nationale :** Initiative mise en œuvre dans plusieurs provinces ou territoires.

NOTES